



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

REABILITAÇÃO, NO DOMICÍLIO, DA PESSOA COM PRÓTESE TOTAL DA ANCA

Tatiana Sofia Marques Azevedo



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Tatiana Sofia Marques Azevedo

REABILITAÇÃO, NO DOMICÍLIO, DA PESSOA COM PRÓTESE TOTAL DA ANCA

III Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Salete Soares

Coorientação de:
Mestre Jacinta Pisco

Junho de 2015

RESUMO

A pessoa com prótese total da anca (PTA), após alta hospitalar para o domicílio, depara-se com algumas dificuldades relacionadas com a sua capacidade para a realização das atividades de vida diárias (AVD) e com a mobilidade e equilíbrio que se encontram comprometidos devido à cirurgia recente. Assim, procuramos no nosso estudo avaliar o nível de dependência da pessoa para as AVD, a sua mobilidade e equilíbrio e a percepção que tem da qualidade de vida, no início da implementação do programa funcional de reabilitação e no final da implementação do mesmo, tendo este a duração de um mês. Procuramos analisar o efeito que este programa funcional de reabilitação tem nas variáveis anteriormente mencionadas. Verificamos ainda a natureza da relação das variáveis sociodemográficas e clínicas: idade, sexo, Índice de Massa Corporal (IMC), nível de dor e intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento com a capacidade da pessoa para a realização das AVD, com a mobilidade e equilíbrio e com a percepção de qualidade de vida da pessoa com PTA.

Este estudo é de abordagem quantitativa do tipo quase-experimental e utilizaram-se os seguintes instrumentos de colheita de dados: questionário sociodemográfico e clínico, Índice de Barthel, POMA I - Teste de Tinetti e Escala WHOQOL-bref.

No tratamento de dados foram realizadas análises descritivas e inferenciais.

A amostra do estudo é constituída por 30 pessoas que tiveram alta dos serviços de Ortopedia para o domicílio, com PTA não cimentada e residentes no distrito de Viana do Castelo. Os principais resultados do estudo revelam que as pessoas apresentaram maior dependência funcional no início do programa de reabilitação, assim como a mobilidade e a percepção da qualidade de vida também eram mais baixas neste primeiro momento. Após implementação do programa de reabilitação constataram-se melhorias significativas no nível de independência funcional, na mobilidade e equilíbrio e na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Paciente; Prótese da Anca; Artroplastia da Anca.

ABSTRACT

The person with hip prosthesis after hospital discharge to their home, faces some difficulties associated with their ability to do some daily activities and with their mobility and balance that are committed due to the recent surgery. Thereby, in our investigation, we aim to evaluate the person dependency level for the accomplishment of daily activities, their mobility and balance and their quality of life perception, in the beginning of the rehabilitation program implementation and in the end of the implementation of it, with a running time of one month. We examined this rehabilitation program effect on these variables. We also verified the relation between the socio-demographic and clinical variables: age, body mass index, gender, pain level and rehabilitation nurse intervention during the hospital stay, and the dependency level, mobility and balance and the quality of life perception of the person with hip prosthesis.

This is a quasi-experimental study with quantitative approach, we used the following data collection tools: socio-demographic and clinical questionnaire, Barthel index, WHOQOL-bref scale and the Tinetti scale (POMA I). To do the data treatment we did descriptive and inferential analyses.

The study sample is formed by 30 persons who had hospital discharge from de Orthopaedics units to their homes, with un-cemented total hip replacement and that live in the region of Viana do Castelo. The main results of this study reveal that the persons have bigger functional dependency at the beginning of the rehabilitation program, as well as the mobility and the quality of life perception were lower at this moment. The rehabilitation program implementation brought profits in the functional dependency, mobility and balance and quality of life.

Keywords: Patient; Hip Prosthesis; Arthroplasty, Replacement, Hip.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Salete Soares e à Mestre Jacinta Pisco, pela orientação e incentivo que contribuíram para o avançar deste estudo.

Aos Enfermeiros-chefes dos serviços de Ortopedia 1 e 2 da ULSAM e à Equipa de enfermagem desses mesmos serviços.

Às Pessoas que me receberam nas suas casas e aceitaram participar neste estudo.

À Família e Amigos pela paciência e apoio.

SUMÁRIO

RESUMO	iii
ABSTRACT	v
AGRADECIMENTOS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE QUADROS	x
SIGLAS E ACRÓNIMOS	xi
INTRODUÇÃO	p. 13
CAPÍTULO 1- A PESSOA E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO	p. 19
CAPÍTULO 2 – A PESSOA COM PRÓTESE TOTAL DA ANCA	p. 23
CAPÍTULO 3 – REABILITAR A PESSOA COM PRÓTESE TOTAL DA ANCA	p. 31
CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS	p. 41
4.1. Tipo de Estudo	p. 43
4.2. Participantes do Estudo	p. 44
4.3. Contexto de Recolha de Dados	p. 45
4.4. Hipóteses e Variáveis	p. 46
4.5. Instrumentos de Colheita de Dados	p. 48
4.6. Procedimentos de Recolha de Dados	p. 51
4.7. Tratamento de Dados	p. 52
4.8. Considerações Éticas	p. 53
CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	p. 55
5.1. Descrição dos Resultados	p. 57
5.2. Discussão dos Resultados	p. 71
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	p. 79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 85
ANEXOS	p. 95
APÊNDICES	p. 103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Mapa do distrito de Viana do Castelo	p. 45
---	--------------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Distribuição da população da região do Minho-Lima por faixa etária.	p. 46
Gráfico nº 2 – Distribuição da amostra por sexo.	p. 57
Gráfico nº 3 – Distribuição da amostra por prestador de cuidados.	p. 59
Gráfico nº 4 – Distribuição da amostra por “Reabilitação no internamento”	p. 59
Gráfico nº 5 – Distribuição da amostra por nível de dependência nas AVD no primeiro momento e no segundo momento	p. 63
Gráfico nº 6 - Valores Médios Equilíbrio Estático	p. 66
Gráfico nº 7 - Valores Médios Equilíbrio Dinâmico	p. 66

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Distribuição da amostra por IMC.	p. 58
Quadro nº 2 - Distribuição da amostra por nível de dor no início e no final da implementação do programa funcional de reabilitação.	p. 60
Quadro nº 3 - Distribuição da amostra por valores do Índice de Barthel.	p. 61
Quadro nº 4 - Distribuição da amostra por níveis de dependência.	p. 64
Quadro nº 5 - Distribuição da amostra segundo POMA I - Teste de Tinetti	p. 67
Quadro nº 6 - Distribuição da amostra por nível de QDV.	p. 68

SIGLAS E ACRÓNIMOS

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

ARS – Administração Regional de Saúde

ATA – Artroplastia Total da Anca

AVD – Atividade de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTA – Prótese Total da Anca

QDV – Qualidade de Vida

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality Of Life

INTRODUÇÃO

A osteoartrite é uma patologia muito frequente na população idosa e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população idosa mundial é afetada por esta doença. Nestes casos existe uma limitação funcional, que conduz a uma restrição dos movimentos (Santos [et al.], 2012) e dor.

Em pessoas que já apresentam alguma deformidade física, incapacidade funcional e quando o tratamento conservador não se demonstra eficaz, a artroplastia total da anca (ATA) é a melhor solução para aliviar a dor e melhorar a função articular da pessoa.

A ATA passa pela substituição da articulação da anca por uma prótese (Maxey & Magnusson, 2012), de modo a restabelecer a forma da articulação e a devolver à pessoa a mobilidade e funcionalidade e consequente alívio da dor, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Segundo Lemos, Nascimento e Guedes (2009), o principal motivo de queixa de pessoas submetidas a ATA são as limitações funcionais, por um período de tempo de leve a moderado, no pós-operatório. Estas limitações estão relacionadas com a dor, a fraqueza dos músculos, as contraturas na articulação e as alterações da marcha, o que sugere que o processo de reabilitação após cirurgia é da maior importância para a evolução no campo motor e funcional das pessoas.

Ser submetido a uma cirurgia tão incapacitante como a ATA influencia a pessoa tanto a nível funcional como a nível psicológico, mas enquanto a pessoa se encontra internada, apesar de não estar no seu ambiente habitual, geralmente adapta-se às infraestruturas que são facilitadoras para a sua reabilitação. Quando regressa a casa, normalmente, depara-se com algumas dificuldades na adaptação ao seu ambiente devido às restrições aos movimentos impostos pela sua nova articulação, na fase de recuperação.

O enfermeiro de reabilitação ajuda a pessoa com Prótese Total da Anca (PTA) a gerir este processo de readaptação ao seu ambiente. O objetivo da intervenção do enfermeiro de reabilitação é ajudar a pessoa a adaptar-se às suas limitações, minimizar a incapacidade e promover a autonomia na realização das Atividades de Vida Diárias (AVD), melhorando assim a sua qualidade de vida (QDV).

Esta intervenção do enfermeiro de reabilitação baseia-se na avaliação prévia da pessoa tendo em conta as suas capacidades e história de vida, bem como as condições do lugar onde vive.

O enfermeiro reabilita a pessoa de uma forma global, ou seja, tendo em conta a sua dimensão física, emocional e social. Torna-se, segundo Brito [et al.] (2010), um interveniente muito valioso na recuperação e reintegração da pessoa no seu meio após a

alta hospitalar, pois com a sua intervenção a pessoa ganha uma maior independência funcional.

Tendo em conta as evidências encontradas após pesquisa bibliográfica, surgiu a necessidade de estudar de que forma a intervenção do enfermeiro de reabilitação, no domicílio, influencia a capacidade para desempenhar as AVD, a mobilidade e a QDV.

A nossa questão de partida é “Quais os efeitos de um programa de reabilitação implementado no domicílio na independência funcional, na mobilidade e equilíbrio, e na QDV, de pessoas com PTA?”.

O objetivo geral do nosso estudo passa então por analisar o efeito do programa funcional de reabilitação no domicílio, a nível de dependência funcional para as AVD, mobilidade e equilíbrio e da perceção da QDV na pessoa com PTA.

Assim, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o nível de dependência funcional da pessoa com PTA, para as AVD, no domicílio, uma semana após a alta hospitalar;
- Avaliar o nível de dependência funcional da pessoa com PTA, para as AVD, após a implementação do programa de reabilitação;
- Avaliar o nível de mobilidade e equilíbrio da pessoa com PTA, no domicílio, uma semana após a alta hospitalar;
- Avaliar o nível de mobilidade e equilíbrio da pessoa com PTA, no domicílio, após a implementação do programa de reabilitação;
- Avaliar a Qualidade de Vida da pessoa com PTA no domicílio, uma semana após a alta hospitalar;
- Avaliar a Qualidade de Vida da pessoa com PTA no domicílio, após a implementação do programa de reabilitação;
- Verificar a natureza da relação das variáveis idade, sexo, IMC, nível de dor e intervenção do enfermeiro de reabilitação durante o internamento, com o nível de dependência funcional para as AVD, a mobilidade e equilíbrio e com a QDV.

Tendo como finalidade contribuir, através dos cuidados de enfermagem de reabilitação, para a maximização da QDV das pessoas com PTA.

Este estudo foi realizado no domicílio dos participantes, no distrito de Viana do Castelo.

O presente estudo encontra-se dividido em vários capítulos. O primeiro capítulo apresenta-nos um enquadramento teórico acerca do conceito de pessoa e da teoria das transições; no segundo capítulo apresentamos a fundamentação teórica acerca da pessoa com PTA; o terceiro capítulo do estudo procura contextualizar os conceitos chave relativos à qualidade de vida da pessoa com PTA e à reabilitação da mesma. No quarto capítulo, apresentamos o material e métodos utilizados no estudo, ou seja, o tipo de estudo, participantes do estudo, contexto da recolha de dados, hipóteses e variáveis, instrumentos da colheita de dados, procedimentos de recolha de dados, tratamento de dados e ainda as considerações éticas. Por último, no quinto capítulo, apresentam-se os resultados e a discussão dos mesmos e no sexto capítulo são, ainda, apresentadas as conclusões do estudo e recomendações para futuros estudos.

Pretende-se com este estudo demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com PTA, inseridos no seu contexto ambiental e contribuir para a investigação em enfermagem de reabilitação.

CAPÍTULO 1 – A PESSOA E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO

A pessoa deve ser vista como um ser humano com necessidades específicas e que se encontra em constante interação com o meio que o envolve, este ser humano tem a capacidade de se adaptar às mudanças, mas devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta um desequilíbrio (Meleis, 2007). Estas mudanças designadas por transições, incluem tanto o conceito de continuidade como o de descontinuidade dos processos de vida, havendo estados de equilíbrio intercalados com estados de desequilíbrio. O papel que a pessoa ocupa na sociedade resulta em formas de desigualdade e controlo social, que levam a perceber algumas dificuldades que se colocam à sua inclusão quando são confrontados com doenças e handicaps.

Um estado de doença pode afetar a sua identidade e, se estiver associada a uma prolongada interrupção da capacidade de independência para AVD, a necessidade de alterar os seus comportamentos e respostas às exigências individuais, familiares e laborais vão resultar numa destabilização e numa sensação de perda do “eu” (Ribeiro, 2003). A pessoa vê-se, assim, perante um processo de rutura, necessitando de reorganizar as suas atividades diárias através da adaptação a um contexto emocional, pois é confrontada com a sua vulnerabilidade e fragilidade e daqui depende o bem-estar psicológico e a motivação para os tratamentos e reabilitação (Gameiro, 2004).

Para Meleis (2010) existem quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem, que são vividas individualmente pelas pessoas e/ou suas famílias: a transição desenvolvimental, que está associada às mudanças no ciclo vital; a transição saúde/doença; a transição situacional, relacionada com acontecimentos que originam alterações de papéis e a transição organizacional. As transições não são unidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas, cada transição é caracterizada por ser única, pela sua complexidade e múltiplas dimensões.

Os padrões de resposta, através dos indicadores de resultado, manifestam-se pela mestria e integração fluida da identidade. A mestria revela um progresso nas capacidades e competências da pessoa, permitindo-lhe viver a transição com sucesso. A integração fluida da identidade tem a ver com a maneira como a pessoa incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridas, para melhor se adaptar à realidade após o processo de transição (Meleis, 2010).

Na reabilitação, na maioria dos casos a pessoa vive uma transição para um momento de incapacidade temporária (ou, por vezes, definitiva), pelo que se torna imperativo que o enfermeiro perceba quais os meios que a pessoa possui para viver esta transição, importa que o enfermeiro conheça o meio em que a pessoa vive e o seu suporte

social. O enfermeiro tem o papel de ajudar a pessoa a adaptar-se à sua nova realidade, ajudando-a a ser autónoma e independente nas suas atividades.

Em pessoas submetidas a ATA, a sua autonomia e independência ficam comprometidas, uma vez que existe alguma dependência no autocuidado e na realização de AVD's.

Na enfermagem de reabilitação é essencial a parceria nos cuidados e o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental em guiar e ensinar a pessoa, de maneira a que esta se torne capaz de realizar as suas atividades de forma autónoma. É importante a capacitação gradual da pessoa para o autocuidado em todas as suas vertentes. O sistema de enfermagem é baseado nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para a execução de atividades de autocuidado. Para Orem (1987) existem três tipos de sistema: totalmente compensatório, quando a pessoa não tem capacidade ou está impedida de realizar as atividades e tem que ser ajudada; parcialmente compensatório, quando a pessoa consegue realizar algumas atividades mas necessita de ajuda para a locomoção, como acontece na pessoa com PTA e apoio-educação, que é o processo de ensinar a pessoa a realizar o autocuidado.

Apoiado nesta teoria, o enfermeiro identifica o défice no autocuidado e estabelece com a pessoa o plano de ação adequado, com vista a superar as dificuldades. A enfermagem de reabilitação é um serviço de cuidado especializado e um método de ajuda no qual o cuidar se entende como uma série de intervenções que, quando implementadas, vão superar ou compensar limitações das pessoas que condicionam a sua saúde e consequentemente a sua vida.

Esta teoria dá importância à educação em saúde para tornar a pessoa independente, sendo fundamental que o enfermeiro de reabilitação deixe a pessoa decidir acerca da sua saúde dando-lhe apenas os “instrumentos” necessários para esta realizar as suas atividades, ou seja, o enfermeiro identifica não só as dificuldades da pessoa, mas também, as suas capacidades de modo a capacitá-la para o autocuidado e a torná-la independente.

A pessoa é um agente ativo no seu processo de reabilitação, tomando decisões baseadas no seu projeto de saúde e nas suas capacidades.

CAPÍTULO 2 – A PESSOA COM PRÓTESE TOTAL DA ANCA

Envelhecer é um processo comum a todos os seres-vivos e é influenciado por vários fatores, sejam eles biológicos, psicológicos, económicos, sociais, culturais, entre outros. Este processo é dinâmico e progressivo, nele as modificações morfológicas, funcionais e bioquímicas podem interferir na capacidade de adaptação da pessoa ao meio social em que vive (Sthal, Berti e Palhares, 2011).

O envelhecimento da população é uma realidade a nível mundial. Segundo Lemos, Nascimento e Guedes (2009), entre o ano de 1950 e o ano de 2050, a população total do planeta aumentará cerca de 3,7 vezes, a população idosa deverá aumentar 9,5 vezes e o número de pessoas com idade acima de 60 anos poderá vir a representar 21% da população total. Este declínio, aliado à queda da mortalidade está ligado ao processo de envelhecimento populacional e ao aumento da longevidade da população. Mesmo com o avanço em pesquisas na área gerontológica, envelhecer de modo saudável ainda é um desafio, pois o processo natural de envelhecimento é caracterizado pela redução da capacidade funcional dos diversos órgãos e tecidos, o que predispõe a um risco aumentado de doenças.

De acordo com Videira [et al.] (2009), tem havido um interesse crescente pela ecografia músculo-esquelética para diagnóstico e monitorização de doentes portadores de doenças reumáticas.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2005), a artrose é a doença mais comum na raça humana. Em Portugal existem cerca de meio milhão de doentes artrósicos sendo os dois sexos igualmente afetados, embora, depois dos 50 anos, haja um ligeiro predomínio no sexo feminino. Também segundo a OMS (2003), a osteoartrose é a condição degenerativa mais frequente ao nível da articulação da anca, sendo classificada como uma das causas mais importantes de incapacidade. É a quarta causa mais importante no sexo feminino e a oitava no sexo masculino (Marx [et al.], 2006).

A evolução da osteoartrose pode conduzir à deformidade e afetar a qualidade de vida dos portadores da mesma. Esta doença pode ser definida, como “um defeito generalizado da articulação, uma vez que afeta os seus diversos componentes, tais como osso subcondral, membrana sinovial, ligamentos, tendões, meniscos e músculos” (Videira [et al.], 2009, p.651). Caracteriza-se, então pela degeneração focal da cartilagem articular, espessamento ósseo subcondral e proliferações osteocondrais marginais.

A clínica desta doença é muito insidiosa e pode ser altamente variável, dependendo do tipo e número de articulações afetadas. Segundo Patrizzi [et al.] (2004, p. 185), “apresenta-se clinicamente com episódios recidivantes de dor, sinovite com ou sem

derrame, rigidez e limitação progressiva de movimentos”. A osteoartrose apresenta dois tipos: primária e secundária, sendo que a mais frequente no idoso é a secundária, que tem várias causas entre as quais a presença de doença inflamatória reumatológica prévia. Embora a etiologia da doença seja desconhecida, sabe-se que a causa não é o desgaste embora este seja importante para o surgimento da mesma. Pensa-se, no entanto, que seja devida a várias causas, por exemplo, fatores mecânicos, hereditariedade, fatores hormonais, fatores metabólicos, entre outros (DGS, 2005).

O sintoma principal é a dor, que evolui de forma progressiva, mas varia de pessoa para pessoa. Esta dor leva à perda de mobilidade caracterizada por marcha claudicante que vai interferir na capacidade de realizar as AVD, nomeadamente a higiene, a marcha, tarefas domésticas, entre outros (Matos e Araújo, 2009).

Para a OMS (2014), a artrite inflamatória afeta cerca de 10% da população mundial, sendo as suas variantes mais comuns a osteoartrite e a artrite reumatoide. A osteoartrite é a mais comum e provoca perda ou lesão da cartilagem articular. Normalmente, os doentes osteoartrosicos possuem outras doenças associadas como a obesidade, sendo que é importante terem estas doenças controladas para prosseguir o tratamento da osteoartrose. As pessoas afetadas apresentam sinais e sintomas muito característicos tais como dores noturnas que podem irradiar, rigidez articular, diminuição da amplitude do movimento, crepitação durante a mobilização e podem mesmo chegar a perda da função articular (Santos [et al.], 2012). Ainda segundo os mesmos autores, a alta prevalência das condições crónicas e incapacidade funcional que se verifica nos idosos, fazem com que estes passem a ser diferenciados. A incapacidade no idoso provoca uma maior vulnerabilidade e dependência da família, comunidade e do próprio sistema de saúde, contribuindo assim para uma redução da qualidade de vida dessas pessoas, pois esta incapacidade age diretamente na sua capacidade para desempenhar as suas atividades de vida diárias, provoca restrição dos movimentos, e perda de força muscular.

Esta doença é extremamente incapacitante, pelo que se torna imperativo o seu tratamento como forma de recuperação da autonomia da pessoa. A recuperação implica que o tratamento passe pelo repouso relativo e por um plano de exercícios, devendo também ser feitos ensinamentos sobre cuidados a ter com a PTA aquando da realização de AVD's e sobre a adoção de uma postura correta.

Segundo Patrizzi [et al.] (2004), em pessoas com osteoartrose avançada já com alguma deformidade física, perda da função, incapacidade para a realização de certas AVD, ou ainda quando o tratamento conservador é ineficaz, os tratamentos cirúrgicos

que envolvem osteotomias, desbridamentos artroscópicos e artroplastias podem aliviar e melhorar a função articular da pessoa. Neste sentido, a evolução de técnicas operatórias do aparelho locomotor realça as relacionadas com a substituição da articulação da anca que, apesar de ser um procedimento radical, melhora a qualidade de vida das pessoas, permitindo-lhes o retorno a uma vida ativa e até mesmo às atividades laborais.

A artroplastia total da anca, tornou-se um excelente método de tratamento no alívio da dor e na melhoria a nível funcional em pessoas portadoras de doença degenerativa da articulação coxofemoral (Rabello [et al.], 2008). Com o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, a evolução dos implantes e das superfícies de atrito, este tipo de intervenção deixou de ser exclusivamente indicado para pessoas mais idosas e com resposta funcional menor. A intervenção passou a proporcionar menor desgaste, fazendo com que o universo de pessoas que podem beneficiar com este procedimento aumentasse.

Neste sentido, para melhorar significativamente os sinais e sintomas apresentados pelas pessoas com osteoartrose avançada, torna-se necessária a substituição da articulação lesada (Patrizzi [et al.], 2004). O tratamento cirúrgico por meio de ATA proporciona não só alívio da dor como também ganho de amplitude de movimento e, consequentemente, melhoria das funções nos quadros de degeneração articular grave.

Para Loures e Leite (2012), à medida que a expectativa de vida da população mundial aumenta, o número de substituições articulares segue esta mesma tendência, e apesar do alto custo da intervenção, esta encontra-se entre os procedimentos mais efetivos em termos de benefícios.

Esta substituição pode ser parcial ou total permitindo restabelecer a sua função, com repercussões positivas na qualidade de vida da pessoa.

A PTA substitui a articulação coxofemoral por material artificial. Segundo Filipe, Afonso e Lima (2007), esse implante é composto por duas peças, sendo que uma delas substitui a cabeça do fémur e a outra, o acetábulo. Ainda, segundo os mesmos autores, a PTA pode ser feita de metal, cerâmica ou polietileno e metal, sendo que as superfícies articulares podem ser: metal-metal, cerâmica-cerâmica, cerâmica-polietileno ou metal-polietileno. Relativamente à fixação, pode ser cimentada ou não cimentada, a opção por cada uma destas tem a ver com as características da articulação e da pessoa e ainda, com outros aspetos individuais, nomeadamente peso e idade, entre outros. Segundo a Norma 014/2013 de 23/09/2013 da DGS sobre Artroplastia Total da Anca, a prótese cimentada envolve a utilização de um cimento que vai assegurar a fixação do implante ao osso e a

não cimentada baseia-se numa fixação primária através de “press-fit” ou “interference-fit” até à fixação secundária por crescimento ósseo através da superfície porosa do implante.

O desafio na ATA vem sendo o desenvolvimento das superfícies de contato que possam resistir às exigências mais altas de pessoas mais jovens e ativas. A cerâmica começou a ser utilizada como prótese nos anos 70 por Boutin, houve também bons resultados com o aprimoramento no processo de fabricação da cerâmica. Atualmente, as superfícies de cerâmica são feitas de alumínio e/ou zircônio, são muito duras, resistentes a arranhões e ainda oferecem melhor lubrificação e resistência ao desgaste, comparadas com outras superfícies (Mortati [et al.], 2013). Segundo a Norma 014/2013 de 23/09/2013 da DGS sobre Artroplastia Total da Anca, “em pessoas com idade inferior a 65 anos ou com boa qualidade óssea deve considerar-se a realização de uma artroplastia total não cimentada”, já “em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com má qualidade óssea, com mau estado geral ou curta expectativa de vida deve considerar-se a realização de uma artroplastia total cimentada”.

Segundo Relvas e Simões (2005), as vantagens e desvantagens que existem entre próteses cimentadas e não cimentadas são ainda um assunto algo controverso. No entanto, parece ser aceite a aplicação de próteses cimentadas nas pessoas mais idosas (idade superior a 65 anos), menos ativas e com ossos mais frágeis (osteoporose), embora, também, já sejam colocadas próteses não-cimentadas neste tipo de pessoas. Já as próteses não-cimentadas são indicadas para pessoas mais jovens e fisicamente mais ativas, uma vez que se prevê a realização de uma cirurgia de revisão. No presente estudo, os participantes são pessoas com próteses não-cimentadas, no entanto, a seguir, faremos distinção entre próteses cimentadas e não-cimentadas.

Na prótese cimentada é usado cimento ósseo para fixar o componente acetabular na bacia e a parte femoral no fémur, sendo a mais utilizada a prótese de Charnley, na qual o acetábulo é confeccionado com polietileno de alta densidade e a parte femoral é feita de liga metálica cobalto-cromo-titânio. Este tipo de prótese é utilizado em pessoas com idade mais avançada (Santos, 2004).

As próteses não-cimentadas, são atualmente constituídas por acetábulo autofixante e haste metálica com diferentes tipos de textura (revestimentos bioativos, superfícies rugosas e polidas) para favorecer a incrustação óssea. Entre as próteses não cimentadas incluem-se próteses com superfícies porosas e próteses revestidas com cerâmica bioativa (Fayard [et al.], 2006).

Para Meyer (2003), a opção pela prótese não-cimentada na ATA, tem como vantagem permitir que as pessoas iniciem precocemente a marcha, sem malefícios a curto prazo.

Segundo Filipe, Afonso e Lima (2007), a ATA, como qualquer cirurgia apresenta também riscos e complicações inerentes à sua realização, além daquelas relacionadas com outras intervenções cirúrgicas. Essas complicações são a luxação da prótese e fratura do fêmur e ainda, a trombose venosa profunda e a infecção.

Apesar das principais finalidades desta cirurgia serem a redução da dor, a recuperação da mobilidade e a melhoria da qualidade de vida, (Rampazo e D'Elboux, 2010), a pessoa vai passar por um período em que terá que recuperar as suas capacidades físicas como a força, a resistência e a capacidade para andar, uma vez que esta cirurgia é bastante incapacitante pelo risco de luxação da prótese.

Para Lemos, Nascimento e Guedes (2009), o maior motivo de queixa das pessoas submetidas a PTA são as limitações funcionais, por um tempo de leve a moderado, no pós-operatório. Essas limitações têm a ver com a dor, a fraqueza dos músculos abdutores da anca, as contraturas na articulação da anca e as desordens da marcha, bem como a fraqueza dos extensores e flexores da anca, o que sugere que o processo de reabilitação pós-operatório é de suma importância para a evolução satisfatória no quadro motor e funcional das pessoas.

Para Rosa [et al.] (2003, p 41), “a incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las”, sendo este tipo de incapacidade que se verifica na pessoa com PTA, onde o papel do enfermeiro de reabilitação é de particular importância, para a recuperação da autonomia e QDV da pessoa.

CAPÍTULO 3 – REABILITAR A PESSOA COM PRÓTESE TOTAL DA
ANCA

A pessoa com osteoartrite, de uma forma geral, vê a sua qualidade de vida comprometida, face ao impacto dos efeitos da doença.

O termo qualidade de vida ressurgiu em 1948 graças à Constituição de Genebra elaborada pela Organização Mundial de Saúde, a qual propôs uma definição ampla de saúde que incluísse aspetos físicos, emocionais e de bem-estar social.

Não existe uma definição única de qualidade de vida, no entanto, todas elas têm em comum algumas características, sendo elas: a *subjetividade*, ou seja, cada pessoa tem a sua noção de qualidade de vida relacionada com diversos aspetos da sua vida; a *multidimensionalidade*, que se refere ao facto de a qualidade de vida não se restringir apenas ao que ocorre ao corpo ou bens materiais, mas também às relações com outras pessoas, os hábitos de vida e crenças religiosas; e o *dinamismo*, que se refere a valores subjetivos, modificáveis com o tempo, de acordo com o contexto em que se avalia (Kluthcovsky e Takayanagui, 2007).

Segundo os mesmos autores, qualidade de vida é um conceito subjetivo avaliado por diversas medidas. Engloba não somente os sintomas de doenças e as consequências funcionais, mas também, a satisfação subjetiva com a vida, a felicidade e os valores que um individuo tem num determinado momento. O termo refere-se à grande variedade de circunstâncias da vida, como as condições do meio (que envolve prosperidade, oportunidades, segurança), as condições sociais e físicas e os recursos pessoais (inclui saúde mental e perspetiva com a vida).

A “qualidade de vida, quando aplicada à doença crónica, é habitualmente designada por qualidade de vida relacionada com a saúde e pretende perceber de que forma os diferentes domínios são influenciados pelas características da doença ou formas de tratamento dessa patologia” (Martins, 2006, p.36), mantendo o seu conceito multidimensional “onde o indivíduo é entendido no seu todo, pelo que os enfermeiros são obrigados a encontrarem formas de estar e agir no sentido de maximizar a saúde e bem-estar das pessoas, mesmo quando existe um processo de doença” (Soares, 2012, p. 24).

No caso das doenças de ordem muscular e óssea nos idosos, estas acarretam um comprometimento da função, diminuição do nível de independência da pessoa, redução das habilidades para os movimentos, prejuízos na marcha e quedas recorrentes. São estas limitações, que aumentam o sentimento de fragilidade, insegurança, perda de autonomia e independência para atividades básicas da vida diária, diminuição de atividades sociais e consequentemente redução da qualidade de vida.

Estudos têm demonstrado que a osteoartrose pode causar limitações funcionais diminuindo o nível de qualidade de vida das pessoas mais idosas, restringindo as suas atividades de vida diárias (Santos [et al.], 2012).

A qualidade de vida integra essencialmente 4 domínios: estado funcional, sintomas relacionados com a doença ou com o tratamento, funcionamento psicológico e social (Marín, 1995; Schipper, Clinch e Olmeny, cit Martins, 2006), a doença e as suas implicações, nomeadamente, a dor, os danos físicos e a incapacidade funcional, ameaçam o bem-estar da pessoa, a sua qualidade de vida e a integridade do corpo.

Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) contribui para a determinação da motivação e das expectativas do paciente em relação a uma substituição articular total e, ainda, para acompanhar e medir a satisfação da pessoa. O facto de conhecermos o nível de qualidade de vida dos idosos e as suas limitações nas atividades de vida diárias permite planejar intervenções mais eficazes no alívio da sintomatologia e suas consequências funcionais. Segundo Santos [et al.] (2012), a qualidade de vida na terceira idade, para ser classificada como boa ou excelente terá que envolver o mínimo de condições para a produção máxima de cada pessoa, seja a trabalhar, ou a relacionar-se com outras pessoas, entre outros.

O impacto que traz a cirurgia resulta da combinação entre a imobilidade e a baixa capacidade funcional, com grande impacto na saúde e qualidade de vida da pessoa. Estes fatores determinam uma prevalência de necessidades de aprendizagem das funções do membro inferior, bem como a aquisição de capacidade para realizar as AVD.

No pós-operatório, a mobilidade e funcionalidade da pessoa com PTA ficam afetadas. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2005, p.93), a mobilidade é o “movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento”. A mobilidade envolve, então, o movimento do corpo tornando-se de extrema importância para a realização de AVD's por parte da pessoa, bem como para as relações interpessoais.

Segundo Lemos, Nascimento e Guedes (2009, p.132), “dada a importância que a manutenção da mobilidade representa para esse grupo de indivíduos, tais alterações da marcha no pós-operatório e os efeitos de intervenção nessa população devem ser enumerados e detalhados a fim de que a reabilitação seja (...) direcionada visando a maior autonomia, funcionalidade e qualidade de vida aos indivíduos idosos (...)”.

A avaliação da marcha é importante na mensuração dos resultados no pós-operatório da ATA, constituindo um importante indicador da recuperação funcional da pessoa. A independência da pessoa está diretamente relacionada com a habilidade de ajustar a marcha às necessidades diárias nos diversos ambientes em que a pessoa se insere, por exemplo, caminhar a diferentes velocidades e em diferentes superfícies (Guedes [et al.], 2011).

Pessoas submetidas a ATA por osteoartrose apresentam alterações da velocidade de marcha, do tempo e comprimento do passo e ainda duração das fases de apoio e apoio único. A assimetria é evidente, com menor descarga de peso no membro operado tanto durante a velocidade habitual quanto na velocidade rápida, lenta e habitual associada à tarefa cognitiva. Além disso, idosos com PTA apresentam um pior desempenho funcional (Guedes [et al.], 2011). Neste sentido, é importante fazer-se a avaliação cinesiológica e funcional do glúteo médio relacionando-a com a marcha das pessoas com PTA no pós-operatório. Esta avaliação é considerada um parâmetro de avaliação e progressão do processo de reabilitação da marcha nestas pessoas (Lemos, Nascimento e Guedes, 2009).

A reabilitação, em pessoas com PTA, tem um papel muito importante no que diz respeito à melhoria dos sintomas e à execução das AVD, melhorando ainda a funcionalidade e contribuindo para a qualidade de vida. Esta atividade, tanto no pré como no pós-operatório é muito importante uma vez que traz vantagens à pessoa em termos de qualidade da recuperação e de tempo para obter a mesma. Para Matos (2006), implica que se realizem ações para conter ou minimizar danos quando a doença já está instalada, e para permitir à pessoa lidar com as limitações impostas pela mesma, estimulando sempre a sua independência e autonomia, bem como a sua participação ativa no processo de reabilitação.

Depois do procedimento cirúrgico, a pessoa vai passar por um processo de reabilitação pois, apesar do principal objetivo da cirurgia ser o alívio da dor e a melhoria da mobilidade, não é restituída a força, resistência e capacidade para andar, ficando estas comprometidas. Este procedimento cirúrgico impõe um certo nível de imobilidade e tem associado o risco de luxação da prótese, o que leva a algumas restrições nos movimentos (Hall e Brody, 2001).

Após a finalização do processo de reabilitação, além de melhorar a capacidade cardiorrespiratória com as adaptações centrais que são promovidas pela atividade aeróbia, a pessoa readquire também habilidades motoras capazes de ser executadas nas atividades

da vida diária, promovendo a manutenção dos ganhos obtidos durante o programa (Lemos, Nascimento e Guedes, 2009).

O enfermeiro de reabilitação investe e centra a sua prática na recuperação da mobilidade e da funcionalidade da pessoa e, conseqüentemente, na recuperação da autonomia e independência da mesma.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011), os conhecimentos inerentes à reabilitação permitem ao enfermeiro de reabilitação ajudar pessoas com doenças agudas, crônicas ou com sequelas destas resultantes, a aumentar tanto o seu potencial como a sua funcionalidade, de forma a melhorar a função, tornar a pessoa mais independente e aumentar a sua satisfação, conseguindo deste modo, a manutenção da autoestima. Ainda no mesmo documento, é-nos dito que a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação, é feita de forma a “assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como, proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) ...” (Diário da República, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2011, p.1).

Para a Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (APER, 2011), o enfermeiro de reabilitação tem como missão a prevenção e tratamento da doença, bem como a promoção de processos de readaptação ao longo do ciclo vital da pessoa, para que a manutenção das capacidades funcionais e melhoria da qualidade de vida, tanto da pessoa como da família e comunidade, sejam uma realidade.

O âmbito de intervenção da enfermagem de reabilitação e o papel do enfermeiro de reabilitação são pertinentes e imprescindíveis, uma vez que se trata de áreas onde a dependência funcional das pessoas está em causa, seja em ambiente hospitalar, na comunidade ou no domicílio das pessoas (APER, 2011).

Para a APER (2011, p.4), os cuidados de enfermagem de reabilitação contribuem para ganhos em saúde adicionais que passam desde a

“diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência; diminuição do número de episódios de internamento; diminuição da demora média de internamento e dos custos que lhe estão associados; aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade, como úlceras de pressão [...]; diminuição da

dependência funcional e social; diminuição da morbidade; diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; adequação do ambiente, habitação, com menor dependência socioeconómica e otimização da reintegração do utente no seio familiar e social”

Assim, o papel do enfermeiro de reabilitação, além de ser fundamental no internamento, no sentido de iniciar o processo de recuperação, é fundamental no cuidar da pessoa no domicílio, após alta hospitalar, no caso das pessoas submetidas a ATA. Nestas situações, é necessário que a intervenção tenha em conta as limitações da pessoa e do meio que a envolve, pelo que deve ser um processo contínuo e de início precoce, de forma a enfatizar as capacidades remanescentes da pessoa e as suas habilidades, (re) adquirindo o mais alto nível de independência possível.

O processo de reabilitação deve ser iniciado já no momento da admissão, quando a pessoa é informada acerca do objetivo primário da cirurgia, que é o alívio da dor, e acerca da necessidade de adesão a determinados cuidados aquando do posicionamento da anca no pós-operatório (Matos, 2006).

Numa equipa multidisciplinar, o enfermeiro de reabilitação visa cuidar da pessoa na sua singularidade ajudando-a a encontrar uma forma de viver com sentido e compatível com a sua condição atual (Hesbeen, 2003). A baixa qualidade de vida que algumas pessoas apresentam no pós-operatório requer atenção e desenvolvimento de medidas eficazes de intervenção que lhe tragam maior bem-estar e uma vida mais saudável, o que deve ser o objetivo dos diversos profissionais de saúde (Matos, 2006).

Os cuidados de reabilitação tornam-se imperativos no período pré e pós-operatório da ATA, e permitem a recuperação em tempo útil das funções da anca enquanto elemento da cadeia cinética do membro inferior. Permite ainda recuperar a capacidade para a realização de AVD's com autonomia e segurança satisfatórias (Tinoco, 2009).

A avaliação funcional, realizada antes da implementação do programa de reabilitação, consiste na mensuração da capacidade que uma pessoa possui para completar as tarefas funcionais e desempenhar as funções sociais, abordando especificamente a capacidade de completar tarefas que vão desde os simples cuidados pessoais até atividades de nível mais complexo (Sthal, Berti e Palhares, 2011).

Para a recuperação das capacidades da pessoa com PTA, é fundamental, então, a formulação e implementação de um programa de reabilitação, individualizado e com especificidades dirigidas a cada pessoa. Um programa de reabilitação deve ser composto

por “uma sequência cuidadosamente progredida de exercícios terapêuticos e treino funcional, assim como a orientação constante ao paciente” (Kisner e Colby, 2009, p.343). Em pessoas submetidas a ATA, o programa de reabilitação deverá passar pela recuperação da mobilidade e da independência para a realização de AVD nomeadamente: mobilidade, subir/descer escadas, tomar banho, vestir-se, o que consequentemente melhora a qualidade de vida da pessoa.

Este programa deve ser elaborado a partir de dados do utente, como o seu estado geral e a sua avaliação, história clínica, intervenção e mesmo personalidade no que concerne à capacidade para apreender os ensinamentos e respeitar comportamentos de risco, por exemplo, a prevenção da luxação da articulação. Além disto, o programa deve ser flexível, permitindo a atualização, adaptação e orientação dos cuidados de acordo com as necessidades da pessoa (Tinoco, 2009).

No presente estudo, o objetivo é implementar um programa de reabilitação no domicílio, pelo que não constará do mesmo a fase do pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório imediato.

Segundo Tinoco (2009), no pós-operatório, os principais objetivos do programa de reabilitação são a maximização do estado funcional do doente no que diz respeito à mobilidade e independência na realização de AVD. É promovida uma adequada reintegração familiar, profissional e comunitária.

Este programa de reabilitação, a ser implementado no domicílio, visa diminuir algias, preservar a força muscular, realizar treino e educação da marcha e ainda ensinamentos à pessoa acerca da sua situação atual (Apêndice A).

É importante ter em conta o tipo de prótese que a pessoa possui, pois as próteses não-cimentadas, ao contrário das cimentadas, não permitem a realização de carga logo nos primeiros dias de pós-operatório, tendo que aguardar a consolidação.

As precauções a ter no pós-operatório devem ser enfatizadas o mais precocemente possível, de maneira a evitar a luxação. A abordagem pósterio-lateral é a mais utilizada e resulta em algumas restrições na amplitude do movimento, por exemplo, não fletir a articulação acima dos 90°, manter os membros inferiores em abdução e evitar a rotação medial dos mesmos; estas limitações implicam comprometimento na realização das AVD. Assim, a pessoa deve ser alertada para as precauções que deve ter, nomeadamente para os cuidados com as transferências (cama/cadeira), sentar-se e levantar-se, optar por locais altos, calçar-se e descalçar-se. Estas precauções estão relacionadas com a flexão da anca, que não poderá exceder os 90° (Hall e Brody, 2001).

Assim, de um programa de reabilitação para pessoas com PTA, devem constar ensinamentos acerca da prevenção da luxação da prótese, tendo especial atenção na realização das AVD. A força muscular encontra-se comprometida nestas pessoas devido ao tempo que permanecem no leito e à limitação de movimentos que tanto a doença como a cirurgia provocam, deste modo, é importante a realização de exercícios de fortalecimento muscular que vão permitir melhorar a força muscular e ainda a função articular da pessoa. Também, a mobilidade e o equilíbrio da pessoa se encontram comprometidos no pós-operatório, pelo que se torna um imperativo a realização do treino de marcha, com auxílio de marcha e posteriormente sem este, conforme a recuperação e capacidades da pessoa.

Aquando da intervenção junto da pessoa, é importante que seja entregue em suporte escrito, um resumo da informação transmitida na sessão de reabilitação, para que a pessoa possa consultar quando necessitar de esclarecer qualquer dúvida. A informação deve ser clara e facilmente perceptível, pelo que a linguagem utilizada deve ser simples e adequada à pessoa.

CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS

Segundo Fortin (2006), a investigação depende da teoria pois esta dá um significado aos conceitos de uma situação de investigação.

O processo de investigação envolve uma fase metodológica, ou seja, uma fase na qual se operacionalizam todos os detalhes num plano de trabalho que determinará as atividades necessárias à realização do estudo o que constitui a espinha dorsal onde emergem os resultados da investigação” (Fortin, 2006).

A investigação em enfermagem é, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006, p.1),

“um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena”

Assim, o presente capítulo consiste na apresentação de um plano metodológico, que delineou o percurso do estudo.

4.1. TIPO DE ESTUDO

De acordo com os objetivos do estudo, optou-se por realizar uma abordagem quantitativa, tratando-se de um estudo quase-experimental. Foi também um estudo longitudinal, pois a recolha de dados foi efetuada em vários momentos do estudo em questão (Ribeiro, 2008).

Os modelos experimentais são muito usados na pesquisa quantitativa, as investigações experimentais caracterizam-se pelo estudo de relações de causalidade (Fortin, 2006).

No modelo quase-experimental, manipula-se pelo menos uma variável independente de maneira a observar o seu efeito e a relação que estabelece com uma ou mais variáveis dependentes, contudo, os indivíduos não são distribuídos ao acaso pelos grupos, uma vez que são intactos, isto é, já foram selecionados previamente (Sampieri, 2003).

A abordagem quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que através de um plano ordenado percorre uma série de etapas que termina com a obtenção de resultados que se baseiam em características como a objetividade, predição, controlo e, se possível, a generalização. A abordagem quantitativa “utiliza a coleta de dados e a análise de dados para responder às questões de

pesquisa e testar as hipóteses estabelecidas previamente, e confia na medição numérica, na contagem e (...) no uso de estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população” (Sampieri, 2003, 5).

Tendo em conta os pressupostos anteriormente mencionados, procurou-se adaptar o estudo ao corpo de conhecimentos teóricos estudados, ou seja, as dificuldades e obstáculos que a pessoa com PTA encontra no seu dia-a-dia, após regressar a casa e a influência que tem a implementação de um programa de reabilitação, no domicílio, a essas pessoas. Procuramos analisar também fatores que influenciam os ganhos obtidos com a implementação do programa.

Após definição dos objetivos e delineado o tipo de estudo, passamos à apresentação da amostra em estudo.

4.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em investigação, a população é um conjunto finito ou infinito de elementos que têm pelo menos uma característica em comum e a amostra é um subconjunto finito da população, normalmente procura-se sempre uma amostra significativa, ou seja, que mantém as características da população, segundo Pestana e Gageiro (2005).

Segundo os dados mais recentes do Registo Português de Artroplastias (Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, 2014), no ano de 2014, na Administração Regional de Saúde (ARS) Norte registaram-se no total 1335 ATA.

Os participantes deste estudo foram 30 pessoas com diagnóstico de coxartrose, com artrose primária e submetidas a ATA. Sendo critérios de inclusão na amostra: ter prótese total da anca não cimentada; ter alta para o domicílio e ser residente no distrito de Viana do Castelo.

Optamos por estudar pessoas com PTA não cimentada, porque este tipo de próteses coloca a estas pessoas outras exigências, nomeadamente, são mais incapacitantes o que obriga a pessoa a ter mais cuidados na realização das AVD's exigindo, assim, uma intervenção com participação ativa do enfermeiro de reabilitação não só no internamento, mas também, na continuidade da reabilitação no domicílio.

A amostra do estudo consistiu numa amostra acidental, pois as pessoas selecionadas estavam no local certo e no momento adequado, e é constituída por pessoas que eram de fácil acesso e que respondiam aos critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Depois de escolhida a população do estudo e determinada a respetiva amostra, importa analisar o contexto em que a mesma se insere, ou seja, o contexto da recolha de dados.

4.3. CONTEXTO DE RECOLHA DE DADOS

Toda a investigação é desenvolvida em torno dos objetivos traçados para o estudo, o que nos permite definir também o contexto onde serão recolhidos os dados. Assim, o presente estudo foi desenvolvido no domicílio dos participantes, após devida autorização dos mesmos, que eram residentes no distrito de Viana do Castelo.

Figura nº 1 – Mapa do Distrito de Viana do Castelo



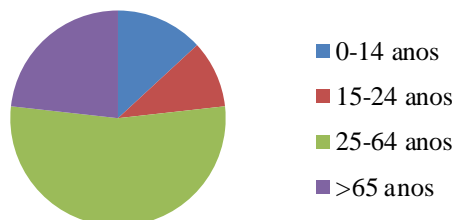
O distrito de Viana do Castelo ocupa cerca de 60% da área da região do Alto Minho e é composto por dez concelhos (Melgaço, Monção, Valença, Vila Nova de Cerveira, Caminha, Viana do Castelo, Ponte de Lima, Ponte da Barca, Paredes de Coura e Arcos de Valdevez), com uma área total de 2218,8 km².

A população residente no distrito é de 240 134 habitantes com uma densidade populacional de 108,2 habitantes/km², segundo o Anuário Estatístico da Região Norte de 2013. Ainda segundo o mesmo documento, a região Minho-Lima apresenta uma taxa de crescimento efetivo de -0.84. Na última década, a maioria dos concelhos registou um decréscimo populacional, sendo Melgaço o que regista maior decréscimo (-7,8%) e Vila Nova de Cerveira aquele cuja taxa de crescimento populacional cresceu acima da média nacional (4,5%).

Maioritariamente rural, o distrito de Viana do Castelo apresenta uma densidade populacional ligeiramente inferior à de Portugal, o que se deve à desertificação e ao envelhecimento da população, principalmente no interior do distrito (Arcos de Valdevez, Paredes de Coura, Monção e Melgaço).

De acordo com os índices demográficos apurados em Portugal mais recentemente, é de salientar que nos deparamos com um envelhecimento acelerado da população, o que também já se verificava na década passada. A população na região do Minho-Lima insere-se maioritariamente nas faixas etárias dos 25-64 anos e nos maiores de 65 anos.

Gráfico nº 1 – Distribuição da população da região do Minho-Lima por faixa etária



No Alto Minho existe maior percentagem de pessoas do sexo feminino, sendo também a este grupo que corresponde o maior número de pessoas idosas (INE, 2012).

Após caracterização do contexto iremos definir as hipóteses e variáveis do estudo.

4.4. HIPÓTESES E VARIÁVEIS DO ESTUDO

As hipóteses definem-se como “ (...) diretrizes para uma pesquisa. As hipóteses indicam o que estamos buscando ou tentando provar e se definem como tentativas de explicações do fenómeno pesquisado, formuladas como proposições” (Sampieri, 2006, p.118).

O mesmo autor refere que na pesquisa científica, as hipóteses constituem proposições quanto às relações entre duas ou mais variáveis e fundamentam-se em conhecimento organizado e sistematizado. Podem ser mais ou menos gerais ou precisas, e terem envolvidas duas ou mais variáveis, contudo, são sempre sujeitas à comprovação empírica e verificação.

No presente estudo, formulamos as seguintes hipóteses:

H1: A aplicação de um programa de reabilitação em pessoas com PTA, no domicílio, melhora a capacidade para realizar AVD's.

H2: A aplicação de um programa de reabilitação em pessoas com PTA, no domicílio, melhora a mobilidade e equilíbrio.

H3: A aplicação de um programa de reabilitação em pessoas com PTA, no domicílio, melhora a percepção de QDV.

Relativamente às variáveis, Sampieri (2006), define-as como as propriedades que podem variar e cuja variação pode ser observada e medida. Aplica-se a um grupo que adquire diversos valores ou manifestações relativamente à variável. Existem três tipos de variáveis: dependente, independente e de atributo. A variável dependente é a que mais se altera no estudo devido à interação da variável independente. Segundo Pestana e Gageiro (2005), a variável ou variáveis dependentes são os fenómenos a serem explicados, em virtude de serem influenciados, é o fator que aparece, desaparece ou varia à medida que se joga com a variável independente. Assim, a variável independente é a que influencia, determina ou afeta outra variável. Segundo os mesmos autores, a variável independente é o fator determinante, condição ou causa para um resultado, é manipulada pelo investigador para assegurar a relação do fator com um fenómeno observado, para verificar a influência que exerce sobre um resultado. Por fim, as variáveis atributo são características, que servem para traçar o perfil dos participantes de um estudo (Fortin, 2009).

A variável independente é o programa funcional de reabilitação. Este programa, foi elaborado tendo em conta o na teoria se pressupõe que conste de um programa funcional de reabilitação para pessoas com PTA.

De acordo com Tinoco (2009) os principais objetivos de um programa de reabilitação no pós-operatório visam a maximização do estado funcional da pessoa, no sentido da recuperação da mobilidade e independência na realização das AVD, promovendo uma adequada reintegração familiar, profissional e social.

Este programa teve por base a informação sobre técnicas de prevenção de luxação da anca; instrução e treino de exercícios de mobilização ativa e ativa assistida da anca e pé; instrução e treino de exercícios isométricos da anca; exercícios de fortalecimento muscular; treino de marcha e subir/descer escadas com auxiliar de marcha e outras AVD de acordo com as necessidades identificadas.

Segundo um estudo de Guedes [et al.] (2011), é importante que na reabilitação destas pessoas se invista nos treinos de marcha e funcionais. E para Lemos, Nascimento e Guedes (2009), no seu estudo, apoiam a realização de exercícios terapêuticos variados,

nomeadamente, fortalecimento muscular, flexibilidade, condicionamento aeróbio e exercícios específicos para o andar.

Os ensinamentos à pessoa para prevenção da luxação da prótese são muito importantes pois segundo Bettencourt, Afonso e Gonçalves (2014), depois da ATA a flexão da anca acima dos 90°, a adução que ultrapasse a linha média e a rotação interna devem ser evitadas.

Importa salientar que o programa estipulado era passível de alteração conforme as condições e capacidades da pessoa e foi aplicado, após alta para o domicílio, uma vez por semana durante um mês. Foi, ainda, entregue a todos os participantes um panfleto de apoio com informações úteis para o seu dia-a-dia com PTA (Apêndice B).

No nosso estudo, as variáveis dependentes são a capacidade para a realização das AVD, mobilidade e equilíbrio e qualidade de vida.

As variáveis atributo, neste estudo, são a idade, sexo, escolaridade, residência, profissão, estado civil, índice de massa corporal (IMC), prestador de cuidados, nível de dor, independência antes da cirurgia, reabilitação no internamento, patologias associadas e reabilitação/fisioterapia após alta.

4.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi feita mediante a aplicação de vários instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico (Apêndice C); Índice de Barthel (Anexo 1); POMA I - Teste de Tinetti para a mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico (Anexo 2) e Escala da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) (Anexo 3).

Questionário Sociodemográfico e Clínico

A todos os trinta participantes foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico de modo a colher informações básicas acerca de cada um, permitindo construir o perfil de pessoas com PTA.

Este questionário foi construído pelo investigador e aplicado no domicílio aquando da primeira visita efetuada a cada participante, exceto a avaliação da dor, que consta deste questionário mas que era realizada na primeira e na última visita.

Era composto por questões fechadas relativas: à idade, ao sexo, à escolaridade, ao apoio domiciliário, ao prestador de cuidados, ao IMC, ao nível de dor, à dependência pré-cirurgia, à realização de reabilitação no internamento, às patologias associadas e à realização de reabilitação/fisioterapia após a alta. Foram ainda recolhidos dados sobre

profissão, residência e estado civil que se encontram no questionário sobre qualidade de vida.

O questionário é de apresentação simples e fácil compreensão, promovendo a fiabilidade dos dados colhidos e o anonimato do participante.

Índice de Barthel

Recorremos ao Índice de Barthel, elaborado por Mahoney e Barthel em 1965 e adaptado para a população portuguesa por Sequeira (2007), para avaliar o nível de dependência dos participantes para a realização de dez AVD's, sendo elas, evacuar, urinar, higiene pessoal, ir à casa de banho, alimentar-se, deslocar-se, mobilidade, vestir-se, subir/descer escadas e tomar banho.

Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos e ainda ser auto-ministrado, neste caso, foi preenchido através da observação direta pelo investigador.

Os 10 itens que o constituem podem ser pontuados com 0, 5, 10 ou 15 pontos, de acordo com os níveis de dependência apresentados para cada item, e cada um apresenta entre dois a quatro níveis de dependência. O total da escala é de 100 pontos e a pontuação mínima é de 0 pontos, sendo que uma classificação de 90-100 pontos corresponde a uma pessoa Independente; 60-90 pontos corresponde a Ligeiramente Dependente; 40-55 pontos Moderadamente Dependente; 20-35 pontos - Severamente Dependente e <20 pontos corresponde a alguém Totalmente Dependente (Sequeira, 2007).

Esta escala, além de nos dar informações acerca do grau de dependência da pessoa pela pontuação total, permite-nos também obter informações importantes acerca de incapacidades específicas que a pessoa apresenta, através da pontuação de cada item, deste modo é-nos possível adaptar os cuidados e, neste caso, o programa de reabilitação.

A aplicação desta escala era feita pelo investigador, aos trinta participantes, aquando da primeira e última visita ao domicílio dos mesmos.

POMA I - Teste de Tinetti para a mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico

Esta escala foi criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski e faz a classificação de diversos aspetos da marcha e do equilíbrio, sendo eles: equilíbrio sentado; levantar-se; equilíbrio imediato; equilíbrio em pé com os pés paralelos; pequenos desequilíbrios na mesma posição; fechar os olhos na mesma posição; volta de 360°; apoio unipodal; sentar-se; início da marcha; largura do passo (pé esquerdo e

direito); altura do passo (pé esquerdo e direito); simetria do passo; continuidade do passo; percurso de 3m; estabilidade do tronco; base de sustentação durante a marcha.

A aplicação desta escala não requer equipamentos sofisticados e dá-nos informações sobre mudanças significativas durante a marcha. A utilização deste instrumento tem várias implicações na qualidade de vida das pessoas avaliadas, pois possibilita ações preventivas, assistenciais e de reabilitação. Segundo Silva [et al.] (2008), os valores atribuídos a cada exercício da escala variam entre 0 e 1 ou 0 e 2, sendo que os valores mais baixos correspondem a uma habilidade física mais pobre. A pontuação total é a soma dos scores da marcha e do equilíbrio. Assim, a pontuação máxima para o equilíbrio estático é de 16 pontos e para a marcha (equilíbrio dinâmico) é de 12, sendo o total da escala 28 pontos. Um valor total de 28 pontos significa que não existem alterações e um total de 0 pontos corresponde a um défice.

A escala foi aplicada na primeira visita ao domicílio aos trinta participantes do estudo e, novamente, na última visita. Era preenchida pelo investigador através da observação da pessoa, a quem era solicitada a realização de cada exercício da parte da avaliação do equilíbrio estático; a avaliação do equilíbrio dinâmico ou marcha era realizada sem prévio aviso à pessoa uma vez que o facto de saber que está a ser avaliada poderia influenciar a forma como a pessoa realizava a marcha.

Os autores da escala estimaram que a consistência interna deste instrumento era muito boa ($\alpha = 0,95$), neste estudo o $\alpha = 0,73$, pelo que apresentou valores compatíveis com uma razoável consistência interna.

Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)

Um dos assuntos mais importantes na avaliação da qualidade de vida é determinar o que é importante para a pessoa. Acerca disto, uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas e organizou um projeto colaborativo em 15 centros, que culminou na elaboração do World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL-100) (Kluthcovsky e Kluthcovsky, 2007).

Contudo, e ainda segundo os mesmos autores, surgiu também a necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, pelo que se desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, designada WHOQOL-bref. Do WHOQOL-bref constam 26 perguntas, sendo que a primeira é referente à qualidade de vida no geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As restantes questões dividem-se em quatro domínios:

físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As opções de resposta estão organizadas segundo escalas de resposta de Likert de cinco pontos.

Esta Escala foi validada para a população portuguesa por Canavarro [et al.] (2010) e os resultados são transformados numa escala de 0 a 100 e não existe uma pontuação total para a escala, as pontuações são obtidas por cada domínio e valores mais altos correspondem a uma melhor qualidade de vida.

Esta escala pode ser aplicada em pessoas saudáveis ou afetadas por doenças e valoriza a perceção individual da pessoa. No nosso estudo a escala foi aplicada pelo investigador aos trinta participantes, na primeira e na última visita ao domicílio realizadas. Primeiramente eram lidas as instruções e explicada a finalidade desta escala, posteriormente o investigador lia as perguntas e as opções de resposta, assinalando a resposta do participante.

Segundo Canavarro (2010), esta escala apresenta uma consistência interna muito boa, apresentando um $\alpha=0,92$. No nosso estudo verificamos, também, existir uma consistência interna bastante razoável ($\alpha=0,79$).

4.6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A eleição dos instrumentos de colheita de dados resulta do tipo e características da metodologia de investigação utilizadas no estudo. Mas, torna-se essencial para uma melhor compreensão de todo o percurso, perceber os procedimentos adotados para a recolha de dados.

O primeiro contacto com os participantes foi efetuado dois dias após a intervenção cirúrgica, numa Instituição de Saúde da zona norte do País, onde se informou sobre o estudo que se pretendia efetuar e os seus objetivos, tendo sempre presente as considerações éticas subjacentes à investigação. Após a aceitação para participar no estudo, foram recolhidos os dados relativos à morada e contacto telefónico com o objetivo de após alta se estabelecer contacto telefónico, para confirmar a participação no estudo e agendar a 1ª visita ao domicílio do participante.

O procedimento de recolha de dados para análise, através dos instrumentos acima referidos, decorreu em dois momentos:

- Na 1ª visita, na primeira semana após a alta hospitalar, já no domicílio da pessoa onde se procedeu à primeira avaliação;
- Na última visita, após implementação do programa de reabilitação funcional, efetuou-se a segunda avaliação.

Apenas o questionário sociodemográfico e clínico foi aplicado na primeira visita (com exceção da avaliação da dor, nele inserida).

A implementação do programa funcional de reabilitação decorreu durante 1 mês e efetuaram-se quatro visitas (uma por semana) a cada um dos 30 participantes.

A recolha de dados através da aplicação destas escalas e o programa de reabilitação realizou-se entre novembro de 2014 e abril de 2015.

4.7. TRATAMENTO DE DADOS

Após a recolha de dados, foi realizado o tratamento dos mesmos, bem como a sua análise e interpretação, para se tirar conclusões acerca dos ganhos obtidos com a implementação do programa de reabilitação.

Os dados recolhidos através do questionário sociodemográfico e clínico e do Índice de Barthel, POMA I - Teste de Tinetti e Escala WHOQOL-bref, foram inseridos numa base de dados do SPSS 21 for Windows (Statistical Package for Social Sciences). Esta base de dados permitiu-nos fazer o tratamento estatístico dos dados, através da realização das provas consideradas adequadas ao tipo de dados.

No tratamento de dados recorremos à estatística descritiva que, segundo Martinez e Ferreira (2010, p.17) “consiste na recolha, organização, análise e interpretação de dados empíricos, através da criação de instrumentos adequados, como por exemplo indicadores numéricos simples, quadros e gráficos, que visem a mera descrição de uma realidade”. Recorreu-se ainda à estatística inferencial que segundo os mesmos autores “procura retirar conclusões para a população em geral, com base na análise dos resultados obtidos para um ou mais subconjuntos (amostras)”.

Assim, na análise descritiva utilizamos frequências absolutas (N); frequências relativas (%); medidas de tendência central: média (M); desvio padrão (DP) e medidas de posição: mínimo (min) e máximo (max).

Na análise inferencial utilizamos testes estatísticos paramétricos e não paramétricos. Os testes paramétricos, segundo Reis e Júnior (2007), são os que utilizam parâmetros das distribuições, ou uma estimativa destes, para calcular a estatística. São mais rigorosos e têm mais pressuposições para serem validados, nomeadamente a existência de normalidade de distribuição, que de acordo com o teorema do limite central, implica que a amostra seja de tamanho razoável, considerando-se para tal amostras iguais ou superiores a 30 indivíduos (Pestana e Gageiro, 2005).

Já os testes não paramétricos, são procedimentos mais simples para testar hipóteses pré-estabelecidas, utilizam-se quando, em variáveis quantitativas, estamos na presença de distribuições afastadas da normalidade e/ou amostras pequenas (Martinez e Ferreira, 2010).

No nosso estudo utilizamos ambos os tipos de testes, pois para verificarmos a influência do sexo e do nível de dor na independência nas AVD, mobilidade e equilíbrio e qualidade de vida, tivemos que dividir a amostra em dois subgrupos (masculino e feminino), resultando em grupos muito pequenos.

Dentro dos testes paramétricos utilizamos o teste de *t* student para amostras emparelhadas para o Índice de Barthel, POMA I- Teste de Tinetti e Qualidade de Vida. Existe um pressuposto para a utilização deste teste, pelo que foi verificada a existência de correlação através da correlação de Pearson.

Para relacionar estes instrumentos com o sexo e a intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento utilizamos o teste de qui-quadrado. Para relacionar as restantes variáveis (idade, IMC, nível de dor) recorremos ao teste ANOVA *one-way*.

Para verificar a consistência interna das escalas utilizadas, recorremos ao coeficiente de Alfa de Cronbach. O limite de significância admitido era de $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

4.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 2005, p.7), artigo 6º “só devem ser realizadas pesquisas científicas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa. A informação deve ser suficiente, fornecida em moldes compreensíveis e incluir modalidades de retirada do consentimento”. A pessoa em questão era livre de desistir em qualquer momento da investigação, sem sofrer qualquer prejuízo.

Assim, na colheita de dados foi sempre mantido o anonimato, promovendo também a segurança dos implicados, respeitando os princípios éticos da investigação.

No início da investigação foi explicado claramente todo o procedimento, bem como as finalidades, objetivo e âmbito do estudo. No primeiro contacto com a pessoa era entregue um consentimento informado (Apêndice D) para a pessoa ler e colocar dúvidas e questões para posteriormente o assinar.

Deste modo, ao longo da investigação, a recolha de dados e a intervenção foram feitas de encontro às normas da ética em investigação.

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentados os resultados obtidos através do questionário sociodemográfico e clínico e da aplicação das diferentes escalas - Índice de Barthel, POMA I- Teste de Tinetti e WHOQOL-bref. A apresentação e interpretação dos dados são feitas através de indicadores numéricos, quadros e gráficos.

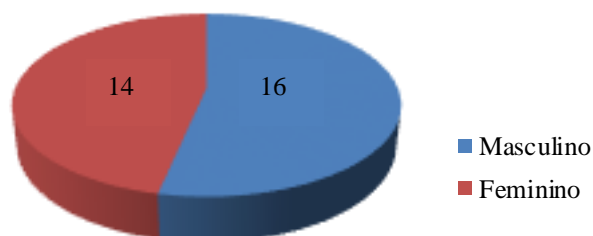
Caraterização da Amostra

Para a caraterização da amostra apresentamos os dados recolhidos através da aplicação do questionário sociodemográfico e clínico.

A amostra do estudo era constituída por trinta pessoas que tiveram alta para o domicílio após ATA, residentes no distrito de Viana do Castelo.

Analisando o gráfico nº2 da distribuição da amostra por sexo, podemos constatar que a amostra distribui-se de forma quase igual, sendo que 14 participantes são do sexo feminino e 16 são do sexo masculino, correspondendo a 46,70% e 53,30% respetivamente.

Gráfico nº2 – Distribuição da amostra por sexo (n=30)



Na amostra deste estudo, as idades variam entre os 45 e os 86 anos, sendo a média de 69,67 com desvio padrão de 9,87. Optamos por dividir a amostra em grupos etários sendo que a maioria da amostra encontra-se entre os 60 e 69 anos (11 pessoas, 36,70%), seguida dos 70-79 anos do qual fazem parte 10 pessoas (33,30%). Com idades compreendidas entre os 40 e 49 anos apenas existia 1 pessoa (3,30%); entre os 50 e 59 anos registaram-se 3 pessoas (10%) e entre os 80 e os 89 foram 5 os participantes (16,70%).

Relativamente à avaliação do IMC, constatamos que na amostra este varia entre os 18,83 (peso normal) e os 38,71 (obesidade grau II). A média do IMC é de 27,99 com desvio padrão de 4,80. Da análise do quadro nº 1 retiramos que a maioria dos participantes encontrava-se acima do peso ideal (N=11; 36,70%), 9 pessoas (30%) tinham

um IMC que indicava peso normal, a obesidade grau I foi encontrada em 8 pessoas (26,70%) e a obesidade grau II em 2 pessoas (6,70%).

Quadro nº1 – Distribuição da amostra por IMC (n=30)

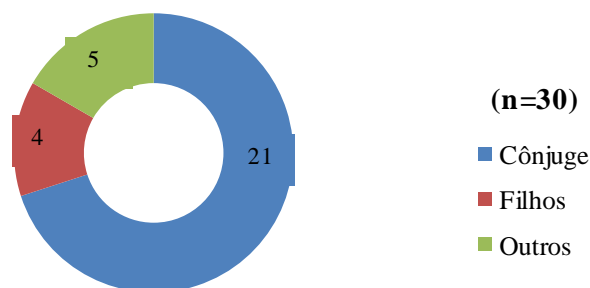
IMC	N	%
Peso Normal (> 18,5 <24,9)	9	30,00
Acima do peso ideal (> 25,0 <29,9)	11	36,70
Obesidade Grau I (> 30,0 <34,9)	8	26,70
Obesidade Grau II (> 35,0 <39,9)	2	6,70
TOTAL	30	100,00

Relativamente ao nível de escolaridade, observamos que a maioria dos participantes tinha entre o 1º e 4º ano de escolaridade (N=25; 83,30%). Apenas 1 participante (3,30%) não sabia ler nem escrever e também apenas 1 participante (3,30%) tinha o ensino secundário completo.

No que diz respeito à ocupação profissional dos participantes, concluímos que, tendo em conta a Classificação Portuguesa das Profissões (2011), a maioria (15) insere-se no Grupo 9 – Trabalhadores não qualificados; 8 participantes inseriam-se no Grupo 7 – Trabalhadores não qualificados da indústria, construção e artífices; 2 estavam enquadrados no Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores. Apenas 1 participante referiu estar desempregado e 4 referiram estar encarregues das tarefas domésticas em casa.

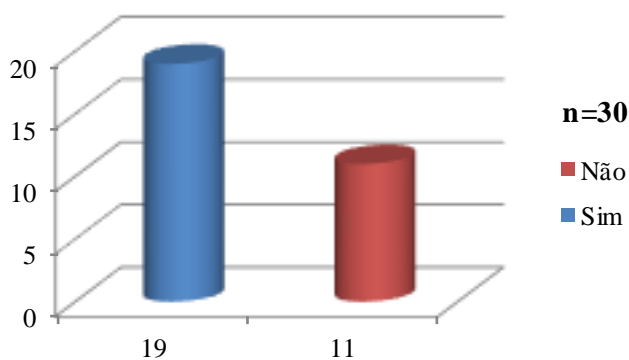
À questão acerca do estado civil, a maioria respondeu ser casado (N=25; 83,30%) e 5 (16,70%) participantes referiram viuvez.

Do questionário sociodemográfico constava também uma questão acerca do prestador de cuidados. Assim, da análise do gráfico nº 3 (página seguinte), concluímos que na maioria (21) era o cônjuge o prestador informal de cuidados, também os filhos foram referidos como prestadores informais de cuidados em 4 casos. Os restantes participantes (5) referiram outras pessoas como prestadores informais de cuidados. Importa salientar que num desses casos, a pessoa referiu que apenas tinha um prestador formal de cuidados que era a enfermeira do Centro de Saúde, este caso foi incluído na categoria “Outros”.

Gráfico nº 3 – Distribuição da amostra por Prestador de cuidados

No que se refere às variáveis clínicas, os participantes foram questionados acerca da sua independência funcional antes da cirurgia. A resposta a esta questão foi unânime em todos os participantes, sendo que todos (30) referiram ser independentes antes da cirurgia a que foram submetidos.

Relativamente ao facto de terem realizado reabilitação no internamento, concluímos após análise do gráfico nº 4 que 19 (63,30%) participantes foram alvo de cuidados de reabilitação durante o internamento e 11 (36,70%) participantes não tiveram acesso a esses cuidados.

Gráfico nº 4 – Distribuição da amostra por “Reabilitação no Internamento”

Importa referir que vários estudos (Lemos, Nascimento e Guedes, 2009; Kisner e Colby, 2009; Matos, 2006) realçam a importância da reabilitação funcional pós PTA, como um contributo essencial para a recuperação da autonomia.

Na questão acerca da realização de reabilitação/fisioterapia após alta concluímos que 27 (90,00%) dos participantes não se encontravam a realizar reabilitação ou fisioterapia após terem alta para o domicílio; apenas 3 (10,00%) participantes referiram ter acesso a estes cuidados.

Na nossa amostra, quando avaliamos a existência de patologias associadas, concluímos que 6 (20,00%) participantes não referiram nada de relevante neste campo; os restantes 24 (80,00%) referiram ter patologias associadas, sendo as mais frequentes a hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes.

Da análise do quadro nº 2 concluímos que a média do nível de dor no primeiro momento de avaliação foi de 2,63 com desvio padrão de 2,19. Ainda no momento inicial o nível mínimo de dor referido pelos participantes foi o grau 0 – sem dor, e o máximo foi grau 8. Na 1ª avaliação a maioria dos participantes referiu dor grau 2 (N=9; 30,00%). Nenhum participante referiu dor de grau 9 ou 10 e 7 (23,30%) referiram não sentir dor.

No segundo e último momento de avaliação a média do nível de dor foi de 0,50 com um desvio padrão de 0,78. Neste momento, a maioria dos participantes (N=19; 63,30%) referiu não sentir dor e o maior nível de dor referido foi grau 3. Foram 11 (36,70%) os participantes a referir dor no final da aplicação do programa funcional de reabilitação.

Quadro nº 2 – Distribuição da amostra por nível de dor no início e no final da implementação do programa funcional de reabilitação (n=30)

Nível de Dor	Início			Final		
	N	%	Média	N	%	Média
Grau 0 – sem dor	7	23,30	2,63	19	63,30	0,50
Grau 1	1	3,30		8	26,70	
Grau 2	9	30,00	D.Padrão	2	6,70	D.Padrão
Grau 3	4	13,30	2,19	1	3,30	0,78
Grau 4	4	13,30		0	0,00	
Grau 5	1	3,30		0	0,00	
Grau 6	2	6,70		0	0,00	
Grau 7	1	3,30		0	0,00	
Grau 8	1	3,30		0	0,00	
Grau 9	0	0,00		0	0,00	
Grau 10 – dor máxima	0	0,00		0	0,00	
TOTAL	30	100,00		30	100,00	

Nível de Dependência Funcional para as AVD

No presente estudo foi aplicado o Índice de Barthel, adaptado por Sequeira (2007), para avaliar a capacidade da pessoa em realizar 10 atividades de vida diárias. Este instrumento era aplicado no primeiro contacto com a pessoa, no domicílio, antes de iniciar o programa funcional de reabilitação e, num segundo momento, era aplicado na última sessão do programa funcional de reabilitação.

Da análise do quadro nº 3 podemos constatar que, no primeiro momento, ou seja no início do programa, os valores do Índice de Barthel variavam entre os 70 e 95, apresentando uma média de 81,50 com desvio padrão de 7,56. No final da aplicação do programa os valores do índice situam-se entre os 90 e os 100, com uma média de 97,33 e desvio padrão de 3,41.

Quadro nº 3 – Distribuição da amostra por valores do Índice de Barthel

Índice de Barthel (n=30)				
	Mínimo	Máximo	Média	D.Padrão
Início	70,00	95,00	81,50	7,56
Final	90,00	100,00	97,33	3,41

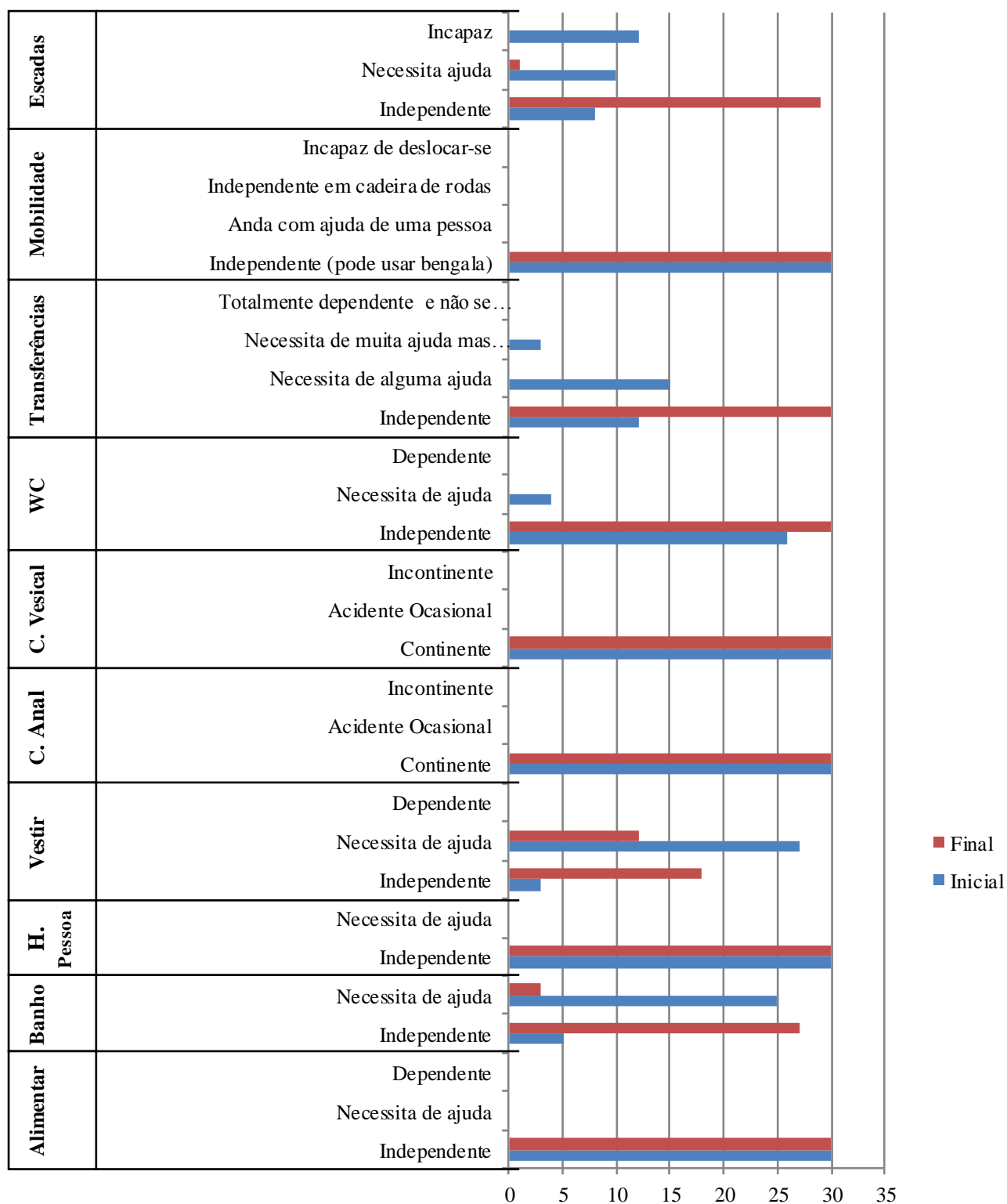
Analisando os resultados obtidos no índice de Barthel para cada AVD, constatamos que em três das AVD avaliadas (Alimentação, Higiene Pessoal, e Mobilidade) todos os participantes eram independentes nos dois momentos. Relativamente ao controlo vesical e anal, todos os participantes referiram ser “continentes”. No item “Tomar Banho” constatamos que, no primeiro momento, 5 dos participantes (16,70%) eram independentes e 25 (83,30%) necessitavam de ajuda para a realização desta AVD e no segundo momento, apenas 3 participantes (10%) ainda necessitavam ajuda nesta AVD, os restantes 27 (90%) eram independentes. Para a atividade “Vestir”, nenhum dos participantes era dependente em nenhum dos momentos, mas no primeiro momento 27 participantes (90%) referiram necessitar de ajuda para se vestir e 3 participantes (10%) eram independentes. No segundo momento, 18 participantes (60%) referiram já serem independentes no vestir e 12 (40%) referiram ainda necessitar de ajuda. Ir ao WC é também um dos itens deste índice, relativamente ao mesmo, num primeiro momento verificamos que 26 dos participantes (86,70%) eram independentes e apenas 4 (13,30%) necessitavam de ajuda, nenhum dos participantes

referiu ser dependente nesta atividade. No segundo momento de avaliação, todos os participantes já eram independentes. No item “Transferência (cama/cadeira)”, no primeiro momento existiam 12 participantes (40%) que eram independentes, 15 (50%) que necessitavam de alguma ajuda e 3 participantes (10%) que necessitavam de muita ajuda mas seguravam-se sentados; nenhum dos participantes era totalmente dependente nesta atividade. No segundo momento, já todos os participantes eram independentes na transferência. No subir/descer escadas, na primeira avaliação 8 participantes (26,70%) eram independentes, 10 (33,30%) necessitavam de ajuda e os restantes 12 participantes (40%) não eram capazes de subir ou descer escadas. No segundo momento de avaliação, apenas 1 participante (3,30%) necessitava de ajuda, enquanto os restantes 29 (96,70%) já eram independentes nesta atividade.

Em síntese e tal como se pode verificar no Gráfico nº 5 (pág. seguinte) as maiores dificuldades nas AVD, apresentadas pelos participante, no 1º momento de avaliação centram-se essencialmente nas atividades: tomar banho; vestir; ir ao WC; transferência cama/cadeira e subir/descer escadas.

Estes resultados são concordantes com o referido por Rampazo e D'Elboux (2010), que consideram que após cirurgia a pessoa passa por um período em que necessita de recuperar as capacidades físicas, tais como, a força, a resistência e a capacidade para andar. Lemos, Nascimento e Guedes (2009) referem que as pessoas no pós-operatório enfrentam um período de tempo de leve a moderado de limitação funcional. Mas, os mesmos autores referem que após a finalização do processo de reabilitação, a pessoa readquire as habilidades motoras que lhe permitem a realização das AVD com independência, tal como verificado neste estudo.

Gráfico nº 5 – Distribuição da amostra por nível de dependência nas AVD no 1º momento e no 2º momento.



Recodificamos os valores obtidos no Índice de Barthel em graus de dependência: dependência total, dependência grave, dependência moderada, dependência muito leve e independente. Assim, segundo os dados do quadro nº 4 verificamos que, no primeiro momento, 27 participantes (90%) apresentavam uma dependência moderada e 3 (10%) apresentavam uma dependência muito leve; nenhum dos participantes era totalmente dependente nem independente. No final da implementação do programa funcional de reabilitação, 3 participantes (10%) apresentaram um grau de dependência moderada, 10 participantes (33,30%) uma dependência muito leve e 17 pessoas (56,70%) eram independentes.

Quadro nº 4 – Distribuição da amostra por níveis de dependência (n=30)

Grau de Dependência	1º Momento		2º Momento	
	N	%	N	%
Dependência total	0	0,00	0	0,00
Dependência grave	0	0,00	0	0,00
Dependência moderada	27	90,00	3	10,00
Dependência muito leve	3	10,00	10	33,30
Independente	0	0,00	17	56,70
Total	30	100,00	30	100,00

Verificamos ainda, através do teste t de Student, que existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores do Índice de Barthel inicial ($F_{(gl29)} = 59,05$; $p = 0,00$) e final ($F_{(gl29)} = 156,47$; $p = 0,00$).

Procuramos, após apresentar os resultados obtidos na aplicação do índice de Barthel, relacionar as variáveis idade, sexo, IMC, intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento e nível de dor (inicial e final) com o nível de dependência da pessoa com PTA, no domicílio.

A variável Idade não interferiu com o nível de dependência funcional em nenhum dos momentos de avaliação, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nem no momento inicial ($F_{(gl29)} = 1,24$; $p = 0,41$), nem no momento final ($F_{(gl29)} = 1,59$; $p = 0,27$).

Verificamos que a variável sexo não interferiu com o nível de dependência funcional em nenhum dos momentos, pois não existiram diferenças estatisticamente

significativas no momento inicial ($\chi^2 = 2,61$; $p = 0,76$) nem no momento final ($\chi^2 = 2,34$; $p = 0,31$).

Constatamos também que a variável IMC não interferiu com o valor total do índice de Barthel no momento inicial ($F_{(gl29)} = 0,07$; $p = 0,97$) e no momento final ($F_{(gl29)} = 0,37$; $p = 0,78$), facto compreensível atendendo a que durante o período de tempo do programa não se verificou alterações do IMC.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento não teve interferência no nível de dependência funcional da pessoa no momento inicial ($\chi^2 = 7,15$; $p = 0,21$) e no momento final ($\chi^2 = 5,01$; $p = 0,08$), pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

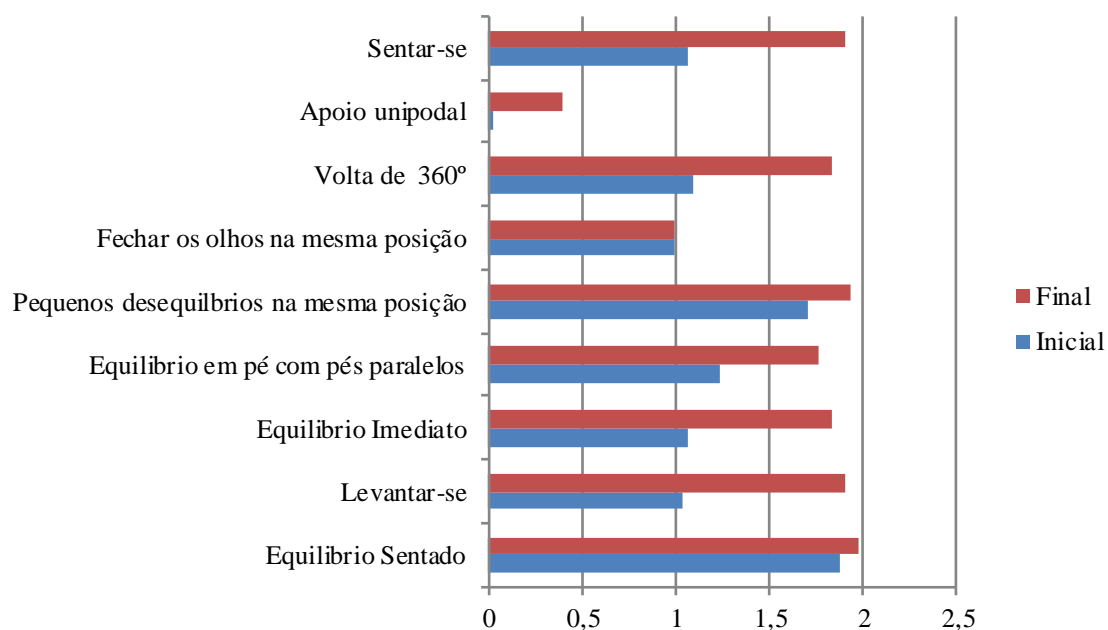
No entanto, a intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação é importante, tal como refere Tinoco (2009), mas sendo cada vez mais curto o período de internamento no pós-operatório é previsível que os resultados não sejam tão visíveis, sendo cada vez mais importante a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio.

Relativamente ao nível de dor, constatamos que o nível de dor inicial não interferiu com o nível de independência funcional na primeira avaliação ($F_{(gl29)} = 1,46$; $p = 0,23$) nem na avaliação final ($F_{(gl29)} = 1,55$; $p = 0,19$). Mas, quando avaliamos o nível de dependência no que se refere ao seu valor total e o nível de dor, na segunda avaliação ($F_{(gl29)} = 3,09$; $p = 0,04$), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

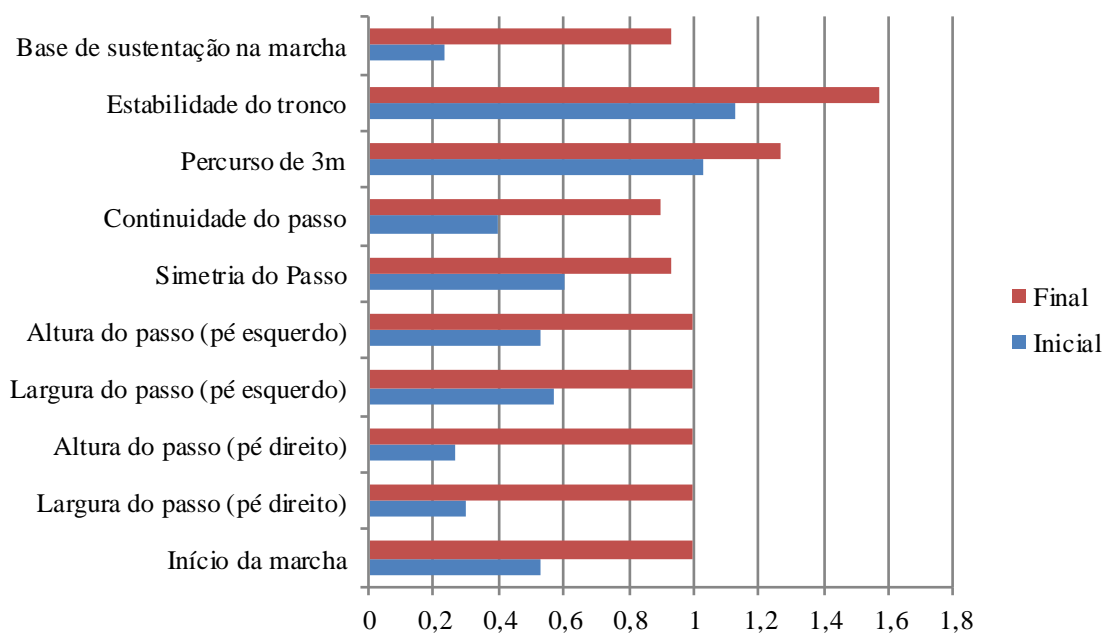
Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico

De maneira a avaliar a mobilidade e o equilíbrio estático e dinâmico da pessoa, aplicamos a POMA I - Teste de Tinetti nos dois momentos de avaliação do estudo. Esta escala apresenta uma pontuação máxima de 28 e mínima de 0.

Relativamente aos valores médios encontrados nos dois momentos de avaliação (Gráfico nº 6, pág. seguinte), podemos verificar no que se refere ao equilíbrio estático que em todos os itens, com exceção de “fechar os olhos na mesma posição” se manteve inalterável no momento de avaliação inicial e final. Todos os outros itens apresentaram valores superiores no momento da segunda avaliação, após o programa de reabilitação, demonstrando melhoria na condição física.

Gráfico nº 6 - Valores Médios Equilíbrio Estático

A avaliação da marcha é considerada um importante indicador da recuperação funcional no pós-operatório. Podemos constatar que os valores médios dos itens que permitem avaliar o equilíbrio dinâmico (Gráfico nº 7) revelam uma evolução positiva após o programa de reabilitação implementado no domicílio, em todos os participantes do estudo.

Gráfico nº 7 - Valores Médios Equilíbrio Dinâmico

Da análise do quadro nº 5 que se refere ao valor total da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico, constatamos que os valores mínimo e máximo, no momento inicial, variaram entre 11 e 20 e a média era de 15,70 com desvio padrão de 2,07. Após a implementação do programa funcional de reabilitação verificamos que os valores se situam entre 20 e 28, com uma média de 25,13 e desvio padrão de 1,98, revelando uma evolução positiva que traduz uma recuperação da independência dos participantes, uma vez que o equilíbrio estático e dinâmico são importantes para a realização das atividades diárias.

Esta evolução positiva apresenta diferenças estatisticamente significativas, confirmadas através do teste t-student no que se refere ao valor total inicial ($F_{(gl29)} = 41,54$; $p = 0,00$) e final ($F_{(gl29)} = 69,59$; $p = 0,00$) da POMA I.

Quadro nº 5 – Distribuição da amostra segundo POMA I - Teste de Tinetti

Teste de Tinetti (n=30)				
	Mínimo	Máximo	Média	D.Padrão
Início	11,00	20,00	15,70	2,07
Final	20,00	28,00	25,13	1,98

Após apresentar os resultados da POMA I- Teste de Tinetti, procuramos relacionar as variáveis idade, sexo, IMC, intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento e nível de dor inicial e final com a mobilidade e equilíbrio da pessoa com PTA, no domicílio.

Assim, verificamos que em relação à idade não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, no momento inicial, ($F_{(gl29)} = 0,85$; $p = 0,64$), nem no final ($F_{(gl29)} = 1,32$; $p = 0,37$).

Relativamente à variável sexo, no momento inicial também não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 6,96$; $p = 0,54$), assim como no momento final ($\chi^2 = 9,78$; $p = 0,20$).

Analizando o IMC, vemos que esta variável não interferiu com a mobilidade e equilíbrio dos participantes, no momento inicial ($F_{(gl29)} = 1,56$; $p = 0,22$) nem no final ($F_{(gl29)} = 1,74$; $p = 0,18$).

Relativamente à influência da intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nem

no primeiro momento de avaliação ($\chi^2 = 15,04$; $p = 0,06$) nem no segundo ($\chi^2 = 11,55$; $p = 0,12$).

Por último, no que refere ao nível de dor inicial e final, verificamos que o nível de dor inicial não interferiu com a mobilidade e equilíbrio dos participantes na primeira avaliação ($F_{(gl29)} = 2,43$; $p = 0,05$) nem na segunda avaliação ($F_{(gl29)} = 1,32$; $p = 0,29$). O nível de dor final também não apresenta diferenças estatisticamente significativas relativamente ao total da escala POMA I final ($F_{(gl29)} = 0,16$; $p = 0,92$).

A Qualidade de Vida da Pessoa com PTA no Domicílio

Para avaliar o nível de qualidade de vida dos participantes, no momento inicial e final recorremos, como já referido, à aplicação do WHOQOL-bref. Este instrumento avalia quantitativamente várias tarefas relacionadas com a QDV.

Inicia-se com a avaliação mais geral da QDV designada por faceta geral e que é determinada através das duas primeiras questões da escala. As restantes 24 questões referem-se a tarefas que se inserem em quatro domínios (físico, psicológico, meio ambiente e relações pessoais), cujos valores médios são apresentados no quadro que se segue.

Quadro nº 6 – Distribuição da amostra por nível de QDV

WHOQOL-BREF (n=30)				
	Média	D.Padrão	Mínimo	Máximo
Faceta Geral QDV Inicial	18,33	2,15	11,00	22,00
Faceta Geral QDV Final	21,13	2,25	16,00	25,00
Domínio Físico Inicial	27,15	1,86	22,50	31,50
Domínio Físico Final	37,30	3,69	28,50	43,50
Domínio Psicológico Inicial	27,92	1,95	22,50	32,50
Domínio Psicológico Final	28,25	1,63	25,00	31,25
Domínio Rel. Sociais Inicial	22,13	1,38	18,00	26,00
Domínio Rel. Sociais Final	22,33	1,18	20,00	26,00
Domínio Ambiente Inicial	44,80	2,66	39,00	49,50
Domínio Ambiente Final	45,10	2,55	40,50	49,50

Da análise do quadro nº 6 concluímos que, num momento inicial, os valores variaram entre os 11 e 22 no que se refere à faceta geral, apresentando uma média de 18,33 com desvio padrão de 2,15; os valores do domínio físico encontravam-se entre 22,50 e 31,50 com uma média de 27,15 e desvio padrão de 1,86; no domínio psicológico encontramos valores compreendidos entre 22,50 e 32,50 com média de 27,92 e desvio padrão de 1,95; para o domínio das relações sociais os valores variam entre 18 e 26 com uma média de 22,13 e desvio padrão de 1,38; por último, no domínio do ambiente, os valores estão entre os 39 e os 49,50 com uma média de 44,80 e desvio padrão de 2,66.

No segundo momento constatamos que a faceta geral apresenta valores entre 16 e 25 com média de 21,13 e desvio padrão de 2,25; o domínio físico, neste momento, variou entre 28,50 e 43,50 apresentando uma média de 37,30 e desvio padrão de 3,69; o domínio psicológico variou entre 25 e 31,25 com uma média de 28,25 e desvio padrão de 1,63; quanto ao domínio das relações sociais, os valores encontram-se entre 20 e 26 com média de 22,33 e desvio padrão de 1,18; por fim, no domínio ambiente encontramos valores entre os 40,50 e os 49,50 com uma média de 45,10 e desvio padrão de 2,55.

Analisando as médias dos diferentes domínios, constatamos que, no primeiro momento de avaliação, os participantes apresentam pior qualidade de vida para a faceta geral, seguido do domínio das relações sociais, e melhor qualidade de vida para o domínio ambiente. No segundo momento de avaliação, os domínios com média mais baixa são faceta geral e o das relações sociais, e com melhor média são o domínio ambiente e o domínio físico.

Após a apresentação da faceta geral e dos diferentes domínios e relativamente aos dois momentos, aplicamos testes de estatística inferencial, para verificar a natureza da relação entre as variáveis idade, sexo, IMC, intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento e nível de dor inicial e final com a qualidade de vida da pessoa com PTA no domicílio.

Em relação à variável Idade, constatamos que não interferiu no domínio físico inicial ($F_{(gl29)} = 0,58$; $p = 0,78$) nem no final ($F_{(gl29)} = 0,52$; $p = 0,76$); também não interferiu com o domínio psicológico inicial ($F_{(gl29)} = 1,06$; $p = 0,42$) nem com o final ($F_{(gl29)} = 0,82$; $p = 0,54$); o domínio das relações sociais também não sofreu interferência da variável idade nem na primeira avaliação ($F_{(gl29)} = 0,43$; $p = 0,79$), nem na segunda avaliação ($F_{(gl29)} = 0,39$; $p = 0,76$); também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o domínio ambiente inicial ($F_{(gl29)} = 1,16$; $p = 0,36$) e final ($F_{(gl29)} = 1,37$; $p = 0,27$).

Verificou-se que o sexo não interferiu com o nível de qualidade de vida em nenhum dos momentos, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no domínio físico inicial ($\chi^2 = 10,71$; $p = 0,22$) e final ($\chi^2 = 2,13$; $p = 0,83$), no domínio psicológico inicial ($\chi^2 = 5,96$; $p = 0,54$) e final ($\chi^2 = 5,37$; $p = 0,37$), no domínio das relações sociais inicial ($\chi^2 = 4,07$; $p = 0,39$) e final ($\chi^2 = 3,08$; $p = 0,38$) e no domínio ambiente inicial ($\chi^2 = 9,82$; $p = 0,19$) e final ($\chi^2 = 7,35$; $p = 0,29$).

A variável IMC não interferiu no nível de qualidade de vida pois não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no domínio físico inicial ($F_{(gl29)} = 1,32$; $p = 0,29$) e final ($F_{(gl29)} = 0,90$; $p = 0,49$); no domínio psicológico inicial ($F_{(gl29)} = 1,59$; $p = 0,19$) e final ($F_{(gl29)} = 1,84$; $p = 0,14$); nas relações sociais da primeira avaliação ($F_{(gl29)} = 1,11$; $p = 0,37$) e da segunda avaliação ($F_{(gl29)} = 1,00$; $p = 0,41$); e no domínio do ambiente inicial ($F_{(gl29)} = 0,65$; $p = 0,71$) e final ($F_{(gl29)} = 0,39$; $p = 0,88$).

Relativamente à intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento, constatamos não haver diferenças estatisticamente significativas, ou seja, não interferiu com o domínio físico inicial ($\chi^2 = 5,88$; $p = 0,66$) nem com o final ($\chi^2 = 5,15$; $p = 0,39$); com o domínio psicológico inicial ($\chi^2 = 4,81$; $p = 0,68$) e final ($\chi^2 = 2,88$; $p = 0,72$); com o domínio das relações sociais inicial ($\chi^2 = 4,75$; $p = 0,31$) e final ($\chi^2 = 2,13$; $p = 0,55$); e com o domínio ambiente inicial ($\chi^2 = 14,07$; $p = 0,05$) e final ($\chi^2 = 5,93$; $p = 0,43$).

Por último, relativamente ao nível de dor inicial, verificamos que não interferiu com o domínio físico inicial ($F_{(gl29)} = 2,04$; $p = 0,09$) nem no final ($F_{(gl29)} = 0,59$; $p = 0,71$); com o domínio psicológico inicial ($F_{(gl29)} = 1,37$; $p = 0,27$) e final ($F_{(gl29)} = 0,77$; $p = 0,58$); com o domínio relações sociais inicial ($F_{(gl29)} = 2,43$; $p = 0,07$) e final ($F_{(gl29)} = 3,09$; $p = 0,05$); e com o domínio do ambiente inicial ($F_{(gl29)} = 1,09$; $p = 0,40$) e final ($F_{(gl29)} = 1,63$; $p = 0,18$). Quanto ao nível de dor final, concluímos que não interferiu com o domínio físico final ($F_{(gl29)} = 1,21$; $p = 0,33$), com o domínio psicológico final ($F_{(gl29)} = 0,26$; $p = 0,93$), e com o domínio ambiente final ($F_{(gl29)} = 0,81$; $p = 0,57$). Observou-se que influenciou o domínio das relações sociais final ($F_{(gl29)} = 4,44$; $p = 0,01$).

Verificou-se ainda, aplicando o teste t-student, que existem diferenças estatisticamente significativas entre o domínio físico inicial ($F_{(gl29)} = 55,37$; $p = 0,00$), domínio físico final ($F_{(gl29)} = 84,95$; $p = 0,00$), domínio psicológico inicial ($F_{(gl29)} = 78,45$; $p = 0,00$), domínio psicológico final ($F_{(gl29)} = 94,29$; $p = 0,00$), domínio das relações sociais inicial ($F_{(gl29)} = 87,66$; $p = 0,00$), domínio das relações sociais final ($F_{(gl29)} = 103,29$; $p = 0,00$), domínio ambiente inicial ($F_{(gl29)} = 92,11$; $p = 0,00$) e domínio ambiente final ($F_{(gl29)} = 90,05$; $p = 0,00$).

5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A nossa atenção, neste estudo, foi voltada para a pessoa com PTA e as suas dificuldades no domicílio. Assim, o objetivo do nosso estudo era analisar a influência da implementação de um programa funcional de reabilitação, no domicílio, na dependência funcional, mobilidade e equilíbrio e na qualidade de vida. Verificamos, também, se existe relação entre as variáveis idade, sexo, IMC e intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio e as anteriormente referidas (dependência funcional, mobilidade e equilíbrio e qualidade de vida).

Dos resultados obtidos e expostos anteriormente, verificamos que a amostra apresenta uma distribuição semelhante relativamente ao sexo, com ligeiro predomínio do sexo masculino (16). Estes dados são concordantes com os referidos pela DGS (2005) que refere que a doença artrósica afeta igualmente os dois sexos.

As idades variavam entre os 45 e os 86 anos, com uma média de 69,67 e a maioria dos participantes tinha idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos (36,70%), atendendo a que a ATA é mais frequente com o avançar da idade, estes dados estão de acordo com os descritos na bibliografia. Segundo Santos [et al.] (2012), a grande maioria das pessoas acometidas com osteoartrose são idosas e apresentam alguma limitação funcional antes da cirurgia, pelo que são os idosos que mais beneficiam com a realização da ATA (Rampazo e D'Elboux, 2010).

Relativamente ao IMC, constatamos que a maioria dos participantes se encontra acima do peso normal (36,70%) com $IMC > 25$ $< 29,90$. A obesidade constitui um fator agravante para o aparecimento da artrose, mas, segundo Rampazo e D'Elboux (2010), pessoas com IMC superior ao normal submetidas a ATA apresentam bons resultados funcionais, dados que corroboram os encontrados no nosso estudo.

Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes tinha o ensino básico entre o 1º e 4º ano, o que se enquadra atendendo à idade dos participantes, com o nível de escolaridade do país, em especial das zonas rurais e face à sua ocupação profissional inseria-se no grupo 9 – trabalhadores não qualificados, segundo a Classificação Portuguesa das Profissões. A maioria dos participantes era casado e o prestador de cuidados era o cônjuge (21).

A maioria dos participantes teve acesso a cuidados de reabilitação no internamento (63,30%), já após a alta, a maioria referiu não realizar fisioterapia/reabilitação (90%).

Quanto a patologias associadas, a maioria referiu ter outras patologias associadas, sendo que as mais frequentes eram a hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes.

Avaliando o nível de dor nos dois momentos concluímos que, no primeiro momento, o nível de dor referido pelos participantes varia entre 0 (sem dor) e 8, embora apenas 1 pessoa tenha referido dor de grau 8; a maioria referiu dor de grau 2; a média do nível de dor no primeiro momento foi de 2,63.

Pelo contrário no segundo momento, a média foi de 0,50, sendo que o grau de dor variou entre 0 (sem dor) e 3 e a maioria referiu não sentir dores (63,30%).

A dor é considerada como uma experiência multidimensional influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. Estes fatores interferem na percepção que a pessoa tem da dor, bem como na sua manifestação (Marques, 2007).

Rabello et al. (2008) advogam que a ATA é um excelente método de tratamento no alívio da dor, facto que é corroborado pelos dados obtidos no estudo que desenvolvemos.

Após a discussão dos resultados obtidos através do questionário sociodemográfico e clínico, passamos a discutir os resultados obtidos em função das hipóteses em estudo.

H1: A aplicação de um programa de reabilitação em pessoas com PTA, no domicílio, melhora a capacidade para realizar AVD's.

Após a aplicação do Índice de Barthel no primeiro e último contato com a pessoa no domicílio, aquando do término do programa funcional de reabilitação, constatou-se que, num primeiro momento, os participantes apresentavam-se na sua maioria com uma dependência moderada (90%) e no segundo momento já apresentavam uma dependência muito leve (33,30%) ou independência total (56,70%). A cirurgia (ATA) visa recuperar as funções da articulação da anca, permitindo à pessoa o retorno precoce às suas AVD's (Lorenzini [et al.], 2013).

De todas as atividades avaliadas no índice de Barthel, apenas a “Alimentação”, “Higiene Pessoal” e “Mobilidade” se mantiveram sem alterações nos dois momentos, ou seja, todos os participantes eram independentes para estas atividades. Nas restantes atividades, constatamos que no “Subir/Descer escadas”, “Vestir”, “Tomar Banho”, “Ir ao WC” e “Transferência cama/cadeira”, é que encontramos o maior número de participantes incapazes de realizar a tarefa ou a necessitar de ajuda para tal, na primeira avaliação. Na segunda avaliação o número de participantes a necessitar de ajuda nas

atividades anteriormente referidas diminuiu e não encontramos nenhum participante dependente em nenhuma dessas atividades.

Para a pessoa ser capaz de realizar as suas AVD necessita de ter uma boa capacidade funcional. Esta capacidade, quando regressa ao domicílio ainda se encontra um pouco comprometida, levando a que a pessoa sinta dificuldade em atividades como vestir-se ou subir escadas, como refere Patrizzi [et al.] (2004) num estudo sobre qualidade de vida e capacidade funcional de pessoas com PTA.

Guedes [et al.] (2011), no seu estudo constatou que os idosos apresentam alterações na marcha e também no desempenho das AVD. Assim, torna-se importante continuar a reabilitação no domicílio, pois tal como referem Rampazo e D'Elboux (2010), os pacientes que tiveram acesso a reabilitação apresentam, não só melhores níveis de satisfação com a cirurgia, mas também uma melhor funcionalidade. Estes dados corroboram com os obtidos no nosso estudo.

Segundo Sthal, Berti e Palhares (2011, p. 60), “a incapacidade funcional, ou desabilidade, definida pela dificuldade ou dependência (...) na realização individual das atividades de vida diária, limita a autonomia...”, contudo, ainda segundo o mesmo autor, a dependência não é algo permanente, é sim um processo dinâmico e a sua evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida.

Assim, é importante haver uma intervenção do enfermeiro de reabilitação voltada para a recuperação da capacidade de realização das AVD que fica comprometida no pós-operatório e mesmo aquando da alta para o domicílio. A implementação de um programa de reabilitação no domicílio, ajustado às dificuldades e necessidades de cada pessoa, capacita a pessoa, reabilita e maximiza a sua funcionalidade.

Este estudo demonstra a importância do enfermeiro de reabilitação no processo de recuperação da pessoa submetida a ATA, sendo esta uma cirurgia incapacitante, embora temporariamente. O enfermeiro de reabilitação capacita a pessoa para a realização das suas AVD, mantendo ou ganhando independência funcional.

Procuramos verificar se havia relação entre as variáveis idade, sexo, IMC, nível de dor, intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento e o nível de dependência funcional.

A idade e o grau de dependência para as AVD não se mostraram relacionados, isto é, indivíduos de maior idade não se mostraram mais dependentes que os mais jovens, os mesmos resultados foram encontrados no estudo de Sthal, Berti e Palhares (2011).

Relativamente à relação entre o sexo e o grau de dependência para as AVD, verificamos que esta variável não interferiu com a capacidade, dos participantes, na realização das atividades diárias. Rosa [et al.] (2003) refere, também, não existir associação entre a variável sexo e a dependência funcional.

No que se refere ao IMC, verificamos que esta variável não interferiu com o nível de funcionalidade da pessoa, tal como referem Rampazo e D'Elboux (2010) no seu estudo acerca da influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais da pessoa com PTA.

No estudo de Cunha, Monteiro e Martins (2007), sobre a independência funcional de idosos que participaram num programa de reabilitação, concluiu que os participantes que tiveram acesso à reabilitação apresentavam maior independência do que aqueles que não tiveram acesso a esse programa, tal como ocorreu no nosso estudo.

Quanto ao nível de dor, constatamos que apenas o nível de dor final interferiu de forma significativa para o nível de independência dos participantes do estudo, pois níveis de dor mínimos como os encontrados neste estudo, após o programa de reabilitação funcional no domicílio, são certamente favorecedores de uma melhor capacidade de realização das AVD.

Segundo Lemos, Nascimento e Guedes (2009), a intervenção do enfermeiro de reabilitação é muito importante para a capacitação da pessoa para a realização de AVD's, pois mantém a pessoa mais ativa, e embora numa primeira fase não tenha sido possível encontrar resultados significativos face à intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento relacionada com a dependência funcional da pessoa, após o programa de reabilitação no domicílio, os resultados obtidos, revelam que as pessoas recuperaram a sua independência.

Face aos resultados encontrados podemos concluir que a aplicação de um programa de reabilitação em pessoas com PTA, no domicílio, melhora a capacidade para realizar AVD.

H2: A aplicação de um programa de reabilitação em pessoas com PTA, no domicílio, melhora a mobilidade e equilíbrio.

Após aplicarmos este instrumento nos dois momentos de avaliação (início da implementação do programa e final da mesma), verificamos que no primeiro momento, existiam valores totais mais baixos quando comparados com o segundo momento, sendo

que no primeiro a média era de 15,70 com desvio padrão de 2,07, enquanto no segundo, a média era de 25,13 com desvio padrão de 1,98.

Segundo Lemos, Nascimento e Guedes (2009), a melhor capacidade física para a deambulação proporciona maior independência aos indivíduos e melhor mobilidade, contribuindo para o retorno a atividades de lazer e mesmo à sua ocupação profissional. Após implementar um programa de reabilitação verificam-se melhorias nos parâmetros da marcha, como o aumento da velocidade, melhora na cadência do passo, aumento do comprimento do passo e redução do tempo de apoio médio, tal como os resultados obtidos neste estudo, que demonstram a evolução positiva quer a nível do equilíbrio estático quer do equilíbrio dinâmico, após a implementação do programa de reabilitação funcional.

Após esta análise dos dados obtidos, procuramos verificar se existiu influência das variáveis idade, sexo, IMC, nível de dor inicial e final e intervenção do enfermeiro de reabilitação no internamento. Assim, concluímos que nenhuma destas variáveis influenciou a mobilidade e o equilíbrio dos participantes, ao contrário do estudo de Maciel e Guerra (2005) que indicam a idade como fator condicionante da mobilidade da pessoa, contudo o sexo e o IMC não influenciaram a variável mobilidade e equilíbrio, o que corrobora com os resultados do nosso estudo.

Relativamente ao nível de dor, Silva [et al.] (2015), referem também que este não influenciou a mobilidade dos participantes no seu estudo, dados que corroboram os achados do nosso estudo. A intervenção do enfermeiro de reabilitação foi referida como fator influente na mobilidade e equilíbrio da pessoa submetida a ATA, por Lemos, Nascimento e Guedes (2009), que referem que o programa de reabilitação deve ser implementado precocemente, facto que corrobora os resultados encontrados em que demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas após um mês de implementação do programa de reabilitação pelo que, também, se constata a verificação desta hipótese de estudo.

H3: A aplicação de um programa de reabilitação em pessoas com PTA, no domicílio, melhora a percepção de QDV.

Quando regressam ao domicílio, as pessoas submetidas a ATA, veem as suas rotinas do dia-a-dia afetadas, assim como as suas capacidades e relações sociais, o que vai gerar stress e ansiedade na pessoa afetando a sua qualidade de vida.

Dos resultados obtidos, concluímos que no primeiro momento de avaliação da qualidade de vida, é o domínio das relações sociais ($M=22,13$) e físico ($M=27,15$), que se apresentam mais afetados, quando comparado com os domínios psicológico ($M=27,92$) e ambiente ($M=44,80$), sendo este último domínio o que apresenta melhor pontuação, sendo o menos afetado. Na segunda avaliação, o domínio das relações sociais continua a ser o mais baixo ($M=22,33$), em relação ao psicológico ($M=28,25$), físico ($M=37,30$) e ambiente ($M=45,1$). No entanto, verificamos uma melhoria da qualidade de vida geral (1º momento: $M=18,33$; 2º momento: $M=21,13$), tal como referem Loures e Leite (2012) nota-se uma evolução na QDV nos primeiros meses após a cirurgia.

Segundo Lorenzini [et al.] (2013), a promoção da QDV tem a ver com as ações que ajudam o indivíduo a melhorar o seu padrão de vida, voltadas para o âmbito psicossocial e que contribuem para um aumento do bem-estar e para a realização pessoal. Conhecer a QDV de um grupo de pessoas que se encontram numa determinada situação, favorece a construção de estratégias, intervenções e ações de cuidado.

Chiu (2001), citado por Matos (2006), refere que no seu estudo, onde foi utilizado o SF-36, se observaram melhorias no nível de dor e também nos aspetos de bem-estar, das pessoas submetidas a ATA. Refere, ainda, haver melhorias significativas na qualidade de vida, nos primeiros meses de pós-operatório, embora os domínios que se mostram com mais melhorias sejam os aspetos físico, capacidade funcional, dor, função social, vitalidade, saúde mental e saúde geral.

Segundo Rampazo e D'Elboux (2010), o aspeto funcional está muito relacionado com a qualidade de vida da pessoa submetida a ATA e os benefícios na qualidade de vida após ATA relacionam-se, principalmente, com o aumento da mobilidade, melhoria da função no trabalho e atividades domésticas, aumento das atividades de lazer e alívio da dor. A otimização dos resultados funcionais da ATA verifica-se com a implementação de programas de reabilitação que abrangem o período desde a preparação do paciente para a intervenção cirúrgica até ao seu retorno às AVD.

No nosso estudo, apenas a variável nível de dor final influenciou um dos domínios da qualidade de vida que foi o domínio das relações sociais, ao contrário do estudo de Rampazo e D'Elboux (2010) que refere que o nível de dor sentido pelas pessoas influencia a sua qualidade de vida, principalmente nos domínios capacidade funcional e aspetos físicos do SF-36, instrumento por eles utilizado.

As restantes variáveis - idade, IMC, nível de dor inicial e sexo, não influenciaram a qualidade de vida dos participantes em nenhum dos domínios, contrariamente ao que

diz o estudo de Rampazo e D'Elboux (2010), no qual o gênero interferiu com a qualidade de vida dos participantes.

Relativamente à intervenção do enfermeiro de reabilitação ainda no internamento, constatamos que não existe influência dessa variável na qualidade de vida da pessoa com PTA, no domicílio. Pereira e Araújo (2006) referem que a experiência de um programa de reabilitação ajuda a desencadear mudanças nos hábitos de vida das pessoas, o que favorece perspectivas mais gratificantes, viabilizando a obtenção de conhecimentos e o controle sobre a situação, o que contribui para uma melhoria na qualidade de vida, no entanto, importa realçar que atendendo a que o período de internamento é cada vez mais reduzido, é natural que os efeitos do programa de reabilitação funcional iniciado, ainda, não permitam obter os resultados esperados, pelo que consideramos que a sua continuidade no domicílio é de extrema importância, tal como corroborado pelos resultados encontrados neste estudo.

A percepção geral de qualidade de vida das pessoas melhorou com a implementação do programa. O domínio com maior pontuação no início do programa era o domínio ambiente e o mais afetado o domínio das relações sociais. No segundo momento o domínio com maior pontuação era também o domínio ambiente e com menor pontuação era o domínio das relações sociais. Apenas a variável nível de dor final influenciou a QDV, sendo esta influência mais sentida no domínio das relações sociais. As restantes variáveis não tiveram influência na percepção da QDV das pessoas em questão.

Verificamos que em todos os domínios da QDV existiram diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro momento de avaliação e o segundo momento, que culminou com o fim do programa de reabilitação funcional, que decorreu durante um mês no domicílio de cada participante e ajustado às suas reais necessidades, pelo que podemos afirmar que esta hipótese, também, foi confirmada.

Em síntese, todas as hipóteses em estudo foram confirmadas pelo que podemos afirmar que a intervenção do enfermeiro de reabilitação, com recurso a um programa de reabilitação funcional, adaptado às reais necessidades de cada um dos participantes, no seu domicílio, se constitui como uma mais-valia que permite obter ganhos em saúde, onde a independência, autonomia e QDV são maximizadas, permitindo a cada uma das pessoas, retomar precocemente e de forma segura os seus projetos de vida.

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A investigação científica é uma atividade humana que exige grande responsabilidade ética, devido às características que lhe são inerentes. Está sempre associada à procura da verdade e exige rigor, isenção, persistência e humildade. Assim, a investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos e deve obedecer a princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos (Martins, 2008).

A enfermagem de reabilitação, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), é uma área de intervenção da enfermagem que promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal. A reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática, através da prevenção de incapacidades e da recuperação das capacidades que ainda existem, para que a pessoa tenha uma maior autonomia.

Ainda segundo o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (2011, p.4), sabemos que “os fatores ambientais embora externos à pessoa podem influenciar não só a estrutura e função do corpo, mas também o seu desempenho enquanto membro de uma sociedade, no que diz respeito à capacidade de executar ações ou tarefas”. Assim, o domicílio da pessoa é o ambiente mais favorável à prática de cuidados, uma vez que esta está inserida num local que conhece.

Assim, tendo em conta as referências anteriores e após análise e discussão dos resultados do estudo, apresentamos as seguintes conclusões:

- As pessoas que constituíram a amostra do nosso estudo apresentavam distribuição semelhante no que se refere ao sexo, com uma média de idade de 69,67 anos. Encontravam-se acima do peso ideal com um IMC entre os 25 e os 29,9, a maioria tinha o ensino básico de escolaridade e faziam parte do grupo 9 da classificação portuguesa das profissões. A maioria referiu ser casado, sendo o prestador de cuidados informal o respetivo cônjuge. Todos eram independentes antes da cirurgia e a maioria fez reabilitação no internamento.
- A maioria apresentava patologias associadas, sendo as mais frequentes a hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes e referiu uma dor inicial de grau 2 e uma dor final de grau 0.
- Todos os participantes mostraram dependência funcional moderada a muito leve no primeiro momento de avaliação no domicílio, uma semana após cirurgia, sendo que no segundo momento a maioria era independente para as AVD. As AVD mais

afetadas eram o Tomar Banho, Vestir-se, Subir/Descer escadas e Transferência cama/cadeira.

- Relativamente à mobilidade e equilíbrio, concluímos que os participantes apresentaram melhor mobilidade e equilíbrio no segundo momento de avaliação, após a implementação do programa funcional de reabilitação, no domicílio.
- Os participantes do estudo referiram melhor qualidade de vida no segundo momento, no entanto, é de realçar que o domínio que apresentou menor nível de QDV, foi o domínio das relações sociais em ambos os momentos.
- Verificamos que das variáveis idade, sexo, IMC, nível de dor e intervenção do enfermeiro de reabilitação apenas a variável nível de dor final interferiu com o nível de dependência avaliado através do Índice de Barthel e com o domínio das relações sociais da QDV, no segundo momento de avaliação. As restantes variáveis não interferiram com os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados.
- A implementação de um programa de reabilitação em pessoas com PTA, no domicílio melhora a capacidade para realizar AVD, melhora a mobilidade e equilíbrio e a perceção de qualidade de vida das pessoas.

Tendo em conta o exposto no nosso estudo, consideramos pertinente reforçar a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com PTA, no domicílio, divulgando os resultados deste estudo junto dos enfermeiros de reabilitação a intervir na comunidade, no sentido de realçar os ganhos em saúde através da implementação de um programa funcional de reabilitação em pessoas com PTA.

Através do nosso estudo fomos capazes de acompanhar a pessoa com PTA após alta para o domicílio, de maneira a conhecer as suas dificuldades e preocupações neste momento de transição. Promovemos, assim, a excelência dos cuidados de enfermagem de reabilitação através de uma intervenção personalizada e ajustável a cada pessoa, sempre tendo em conta o ambiente que a envolve, as suas capacidades e o potencial para as desenvolver.

O fato de prestar cuidados no domicílio cria uma proximidade com a pessoa, que nos permite conhecer as suas principais preocupações, dificuldades e capacidades de forma a melhorar a sua perceção de qualidade de vida.

Parece-nos, ainda, que no sentido de promover um melhor processo de reabilitação em continuidade, este deveria ser articulado de uma forma continuada com os programas realizados no período pré alta, sendo que idealmente deveriam ser iniciados antes da cirurgia.

Face à importância dos resultados encontrados, não consideramos este estudo como terminado, neste sentido, pensamos que este não constitui o fim de um percurso de investigação, mas o seu início.

Sugerimos que, no ramo da investigação nacional, se continue a estudar o impacto dos programas de cuidados de enfermagem de reabilitação funcional na pessoa com PTA, no domicílio, mediante a concretização de estudos quasi- experimentais. Também, consideramos fundamental a existência de investigação publicada para fomentar a decisão e impregnar a enfermagem de rigor científico.

Consideramos, ainda, ser importante replicar este tipo de estudo em diferentes locais, de modo a ser possível a generalização dos resultados.

A inexperiência do investigador foi um fator predominante, mas que durante todo o percurso serviu como fator estimulador para ultrapassar os obstáculos, e com eles, acrescentar conhecimento, experiência e fazer crescer a satisfação com o trabalho produzido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Fátima [et al.] – Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista portuguesa de Saúde Pública**. ISSN: 0870-9025. Lisboa, vol. 25 nº 2 (2007), p.59-66.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação – Gestão em Enfermagem: o papel do enfermeiro de reabilitação [em linha] 2011 [consultado em 01-06-2015]. Disponível na WWW <URL: www.aper.com.pt/atividades/artigo-gestao-em-enfermagem-o-papel-do-enfermeiro-de-reabilitacao-10-02-2011/>.

BETTENCOURT, Mónica; AFONSO, Carla; GONÇALVES, Luís – Condução automóvel, atividade sexual e desporto após a ATA – Como e quando iniciar? **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**. Vila Nova de Gaia. ISSN: 0872-9204. Vol. 26, nº 2 (2014).

BRITO, Conceição [et al.] – O idoso com ATJ, contributos do enfermeiro de reabilitação na mobilidade. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN: 0874-7695. Nº 22 (2010).

CANAVARRO, Maria Cristina [et al.] – **Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da organização mundial de saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (2010). ISBN: 978-972-31-1334-1.

CUNHA, Cristina; MONTEIRO, Elsa; MARTINS, Teresa – Contributos da enfermagem de reabilitação do idoso. [em linha] 2007 [consultado em 03-06-2015]. Disponível na WWW: <URL: www.aper.com.pt/index_ficheiros/P1-Idoso.pdf>.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Reg. Nº 125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011.

ETHGEN, Olivier [et al.] – Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature – **The Journal of bone and joint surgery**. ISSN: 15118039. USA: PubMed. Vol 86 nº 5 (2004). P.963-974.

FAYARD, Jean [et al.] – Ten-year results of ALIZE acetabular cup with hydroxyapatite-coated stem in total hip arthroplasty. **Journal of Arthroplasty**. Philadelphia. ISSN: 0883-5403. Vol. 21 nº 7 (2006).

FILIPE, Ana; AFONSO, Carla; LIMA, Gisela – O doente submetido a artroplastia total da anca – cuidados de Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN: 0872-0844 nº 71 (2007). P. 53-56.

FORTIN, Marie Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie Fabienne – **O processo de investigação da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8383-10-X.

GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques – “Estar Doente”: Atribuição pessoal e significações. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN: 0874-0283. Nº12 (2004), p. 35-43.

GUEDES, Rita [et al.] – Artroplastia total de quadril em idosos: impacto na funcionalidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. ISSN: 1413-3555. São Carlos, vol 15 nº 2 (2011), p.123-130.

HALL, Carrie; BRODY, Lori – **Exercício terapêutico – na base da sua função**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2001. ISBN: 978-85-277-1934-6.

HESBEEN, Walter – **A reabilitação: criar novos caminhos**. Lisboa: Lusociência, edições técnicas e científica Lda., 2003. ISBN: 972-8383-43-6.

Instituto Nacional de Estatística – **Anuário Estatístico da Região Norte**. Lisboa: INE, 2013. ISBN: 978-989-25-0279-3.

Instituto Nacional de Estatística - Censos 2011. XV Recenseamento geral da população. V Recenseamento geral da habitação. Resultados Definitivos. Norte. [em linha], 2015 [consultado em 27-05-2015] Disponível na WWW: <URL: www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid...pt >

Instituto Nacional de Estatística – **Classificação Portuguesa das Profissões 2010**. Lisboa, 2011. ISBN: 978-989-25-0010-2.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen – **Exercícios terapêuticos – Fundamentos e Técnicas**. 5ª edição. Brasil: Editora Manole Lda, 2009. ISBN: 852042726.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão – O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma nova revisão sistemática [em linha], 2007 [consultado em 29-05-2015]. Disponível na WWW: <URL: scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf >

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia; TAKAYANAGUI, Angela – Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. **Revista Salus**. Brasil. ISSN: 1980-2404. Vol. 1 nº 1 (2007).

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2003. ISBN: 85-224-3397-6.

LEMOES, Kelly Fernanda Travizani; NASCIMENTO, Lucas Rodrigues; GUEDES, Rita de Cássia – Impacto da reabilitação na marcha de indivíduos idosos com artroplastia total de quadril: revisão sistemática. **Revista Geriatria & Gerontologia**. ISSN: 1809-9823. Rio de Janeiro, nº 3 (2009), p.131-137.

LORENZINI, Elisiane [et al.] – Avaliação da QDV em idosos submetidos à ATQ. Relato de Casos. **Revista da Sociedade Brasileira para o estudo da dor**. São Paulo. ISSN: 2317-6393. Vol. 14, nº 1. (2013)

LOURES, Elmano de Araújo; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves – Análise da qualidade de vida de pacientes osteoartrosicos submetidos a artroplastia total do quadril. **Revista Brasileira de Ortopedia**. ISSN: 0102-3616. São Paulo. Vol 47 nº4 (2012), p. 498-504.

MACIEL, Álvaro Campos; GUERRA, Ricardo Oliveira – Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, ISSN: 1413-3555. Vol. 9, nº 1 (2005).

MARQUES, Maria Albertina Álvaro – **A dor pós-operatória dos doentes submetidos a artroplastia total do joelho**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de mestrado em ciências da Enfermagem.

MARTINEZ, Luís Frutuoso; FERREIRA, Aristides Isidoro – **Análise de dados com SPSS. Primeiros Passos**. Lisboa: Escolar Editora, 2010. ISBN: 978-972-592-308-5.

MARTINS, José Carlos Amado – Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. **Revista Pensar Enfermagem**. Lisboa, ISSN: 0873-8904. Vol. 12, nº 2 (2008).

MARTINS, Teresa – **Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-65-4.

MARX, Felipe [et al.] – Tradução e validação cultural do questionário algofuncional de Lequesne para osteoartrite de joelhos e quadris para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Brasil, ISSN: 0482-5004, nº4 (2006).

MATOS, Denise – **Qualidade de vida e reabilitação: casos cirúrgicos de artroplastia total de quadril**. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 2006. Tese de dissertação.

MATOS, Denise Regina; ARAÚJO, Teresa Cristina – Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose. **Psicologia em Estudo**. Maringá. ISSN: 1807-0329. Vol.14 nº 3 (2009). P. 511-518.

MAXEY, Lisa; MAGNUSSON, Jim – **Reabilitação Pós-cirúrgica para o paciente ortopédico**. Brasil: Guanabara Koogan S.A., 2012. ISBN: 9780323077477.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical nursing: development and progresso.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (2007). ISBN: 0-7817-3673-0. P. 807.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.** New York: Springer Publishing Company (2010). ISBN: 978-0-8261-0535-6.

MEYER, Mauro – Apoio precoce em prótese total de quadril não cimentada. **Revista Brasileira de Ortopedia.** Brasil, ISSN: 1982-4378. Vol. 38, nº 4 (2003).

MORTATI, Rafael Borghi [et al.] – Avaliação funcional, radiográfica e da qualidade de vida após artroplastia total de quadril não cimentada com superfície cerâmica-cerâmica: seguimento mínimo de cinco anos de evolução. **Revista Brasileira de Ortopedia.** ISSN: 0102-3616. São Paulo vol. 48 nº6 (2013), p. 505-511.

Norma nº014/2013, **Artroplastia Total da Anca.** Lisboa. Direção Geral de Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Porto – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação,** 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Porto – **Tomada de posição sobre investigação em enfermagem.** 2006.

OREM, Dorothea – **Nursing: concepts of practice.** Michigan: McGraw-Hill (1987). ISBN: 3-86126-548-6.

Organização Mundial de Saúde, DGS (2014) – **“Envejecer bien”, una prioridade mundial.** [em linha], 2014 [consultado em 20-06-2014]. Disponível na WWW: <URL: www.who.int/mediacentre/news/release/2014/lancet-ageing-series/es/>.

PATRIZZI, Lislei Jorge [et al.] – Análise pré e pós-operatória da capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes portadores de osteoartrose de quadril submetidos a artroplastia total. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Brasil. ISSN: 0482-5004. Vol 44 nº3 (2004), p.185-191.

PEREIRA, Maria Eloá; ARAÚJO, Tereza Cristina – Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular. **Revista PSICO**. Porto Alegre, ISSN: 0103-5371. Vol. 37, nº 1 (2006).

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais**. 4ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN: 9789726184980.

PORTUGAL, Conselho Internacional de Enfermeiros – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros, 2006.

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde – **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004. ISBN: 972-9301-93-X

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde – **Doenças Reumáticas – Manual de auto-ajuda para adultos**. Lisboa: DGS, 2005. ISBN: 972-675-127-6.

RABELLO, Bruno Tavares [et al.] – Artroplastia total do quadril não cimentada em pacientes com artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Ortopedia**. ISSN: 0102-3616. São Paulo. Vol 43 nº8 (2008), p. 336-342.

RAMPAZO, Mariana; D'ELBOUX, Maria José – A influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais sobre a qualidade de vida de idosos com artroplastia total de quadril. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, ISSN: 1412-3555. Vol. 14, nº3 (2010).

REIS, Gustavo Mello; JUNIOR, José Ivo Ribeiro – Ferramentas estatísticas básicas da qualidade [em linha] 2007 [consultado em 02-06-2015]. Disponível na WWW: <URL: www.estatisticador.xpg.com.br>.

RELVAS, Carlos; SIMÕES, José António – **Próteses da anca anatomicamente adaptadas**. Abrantes: 1º Encontro de Biomecânica (2005).

RIBEIRO, Agostinho – **O corpo que somos. Aparência, Sensualidade, Comunicação**. 1ª edição. Lisboa: Editorial Notícias, 2003. ISBN: 9789724614342.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. Porto: Livpsic, 2008. ISBN: 9789898148469.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa [et al.] – Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**. ISSN: 0034-8910. São Paulo, vol 37 nº1 (2003), p.40-48.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista – **Metodologia de investigação**. São Paulo: McGraw Hill, 2003. ISBN: 978-970-10-5753-7.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernandez; LUCIO, Pilar Baptista – **Metodologia de pesquisa**. 3ª edição. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN: 85-8680-493-2.

SANTOS, Bianca Pereira – Artroplastia de Quadril. [em linha], 2004 [consultado em 27-05-2015]. Disponível na WWW: <URL: www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/artro_quadril.htm>.

SANTOS, Nádia Gomes [et al.] – Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos com osteoartrose no município de Coari-AM – **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. ISSN: 2238-2704. Salvador: Bahiana. Vol 2 nº2 (2012). P.107-120.

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007. ISBN: 978-989-558-092-7.

SILVA, Andressa [et al.] – Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. ISSN: 1806-9940. São Paulo, vol. 14 n° 2 (2008), p.88-93.

SILVA, Marcos Barragan [et al.] – Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, ISSN: 1518-8345. Vol. 23, n° 1 (2015).

SOARES, Salete – **A pessoa com oxigênio-terapia de longa duração, estudo sobre modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário**. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia – Registo Português de Artroplastias. [em linha], 2014 [consultado em 27-05-2015]. Disponível na WWW: <URL: www.rpa.spot.pt/Main-sections/Hospitais.aspx >

STHAL, Hellen Cristina; BERTI, Heloisa Wey; PALHARES, Valéria de Castilho – Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto e Contexto em Enfermagem**. ISSN: 0104-0707. Florianópolis, vol 20 n°1 (2011), p. 59-67.

TINOCO, Adélio [et al.] – **Enfermagem em ortotraumatologia**. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN: 9789898269010.

UNESCO, **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Lisboa, 2005.

VIDEIRA, Taciana [et al.] – Coxartrose em adulto jovem – um diagnóstico a pesquisar. **Acta Reumatológica Portuguesa**. Lisboa. ISSN: 2665-608 n° 4 (2009), p.651-655.

ANEXOS

ANEXO 1

Índice de Barthel

INDICE DE BARTHEL

AVD (Indice de Barthel)		Pontuação
Alimentação	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente	5
	Necessita de Ajuda	0
Higiene Pessoal	Independente	5
	Necessita de Ajuda	0
Vestir	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Controlo Anal	Continente	10
	Acidente Ocasional	5
	Incontinente	0
Controlo Vesical	Continente	10
	Acidente Ocasional	5
	Incontinente	0
Ir ao WC	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Dependente	0
Transferência Cadeira/Cama	Independente	15
	Necessita de alguma ajuda	10
	Necessita de muita ajuda mas segura-se sentado	5
	Totalmente dependente não se segura sentado	0
Mobilidade (sup. plana horizontal)	Independente (pode usar bengala)	15
	Anda com ajuda de uma pessoa	10
	Independente em cadeira de rodas	5
	Incapaz de deslocar-se	0
Subir/Descer escadas	Independente	10
	Necessita de Ajuda	5
	Incapaz	0

ANEXO 2

Teste de Tinetti (POMA I)

POMA I
(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO
TESTE DE TINETTI

EQUILIBRIO ESTÁTICO

CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

- 0 – inclina – se ou desliza na cadeira
- 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
- 2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

- 0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
- 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa
- 2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

- 0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
- 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
- 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

- 0 – instável
- 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
- 2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

- 0 – começa a cair
- 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza
- 2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

- 0 – instável
- 1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

- 0 – instável (agarra – se, vacila)
- 1 – estável, mas dá passos descontínuos
- 2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

- 0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
- 1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

- 0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
- 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
- 2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: _____ / 16

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

- 10. INÍCIO DA MARCHA** (imediatamente após o sinal de partida)
 - 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
 - 1 – sem hesitação
- 11. LARGURA DO PASSO** (pé direito)
 - 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
 - 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
- 12. ALTURA DO PASSO** (pé direito)
 - 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
 - 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
- 13. LARGURA DO PASSO** (pé esquerdo)
 - 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
 - 1 – ultrapassa o pé direito em apoio
- 14. ALTURA DO PASSO** (pé esquerdo)
 - 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
 - 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
- 15. SIMETRIA DO PASSO**
 - 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
 - 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
- 16. CONTINUIDADE DO PASSO**
 - 0 – pára ou dá passos descontínuos
 - 1 – passos contínuos
- 17. PERCURSO DE 3m** (previamente marcado)
 - 0 – desvia-se da linha marcada
 - 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
 - 2 – sem desvios e sem ajudas
- 18. ESTABILIDADE DO TRONCO**
 - 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
 - 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
 - 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
- 19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA**
 - 0 – calcanhares muito afastados
 - 1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: _____ / 12

Pontuação total: _____ / 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY

ANEXO 3

Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 **Idade** anos

A2 **Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 **Sexo** Masculino
 Feminino

A4	Escolaridade	
	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
	1º-4º anos	<input type="text"/>
	5º-6º anos	<input type="text"/>
	7º-9º anos	<input type="text"/>
	10º-12º anos	<input type="text"/>
	Estudos Universitários	<input type="text"/>
	Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 **Profissão**

A6.1	Freguesia	<input type="text"/>
A6.2	Concelho	<input type="text"/>
A6.3	Distrito	<input type="text"/>

A7	Estado Civil	
	Solteiro(a)	<input type="text"/>
	Casado(a)	<input type="text"/>
	União de facto	<input type="text"/>
	Separado(a)	<input type="text"/>
	Divorciado(a)	<input type="text"/>
	Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado ☐
- 2. Assistido pelo entrevistador ☐
- 3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICES

APÊNDICE A

Programa Funcional de Reabilitação

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

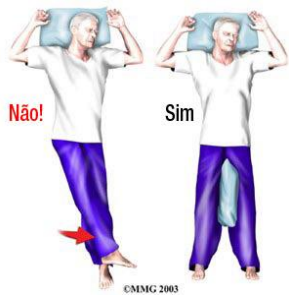
Intervenções

Notas

1º Contacto

Aquando do primeiro contacto com a pessoa, além da apresentação à mesma e do conhecimento do seu meio físico, bem como da aplicação dos questionários e escalas de avaliação (POMA I; Índice de Barthel e Questionário WHOQOL), serão realizadas as seguintes intervenções:

- Informar acerca de técnicas de prevenção de luxação da PTA a utilizar no domicílio (não cruzar as pernas além da linha média do corpo; manter a abdução quando se encontra em repouso no leito; evitar flexão da anca além dos 90º; não realizar rotação interna dos joelhos) e realização de AVD's.



- Instruir e Treinar a realização de **exercícios de mobilização ativa e ativa assistida** da anca (Flexão/Extensão da anca (nunca acima dos 90°), trabalhando os principais músculos flexores da anca: psoas ilíaco e recto femoral; e os principais músculos extensores da anca: grande glúteo e isquiotibiais; Dorsiflexão / Flexão Plantar do pé, trabalhando os principais músculos flexores plantares do pé: Tríceps sural: gêmeos e solear; Longo flexor dos dedos ou flexor comum dos dedos; Longo flexor do 1º dedo e os principais músculos dorsiflexores do pé: Tibial anterior; Longo extensor dos dedos ou extensor comum dos dedos; Longo extensor do 1º dedo; Eversão / Inversão do pé, trabalhando os principais músculos eversores do pé: Longo peroneal e Curto peroneal e os principais músculos inversores: Tibial posterior principal; Longo flexor dos dedos ou flexor comum dos dedos; Longo flexor do 1º dedo) – **Tendo sempre em conta conhecimentos que a pessoa possua do internamento.**

[10 repetições se tolerar]

- Instruir e Treinar a realização de **exercícios isométricos** para fortalecer extensores da anca (grande glúteo e isquiotibiais): Apoiar o calcanhar no colchão e exercer força contra o mesmo durante 10 segundos, fazendo uma pausa com a mesma duração.

[10 repetições se tolerar]

- Instruir e Treinar a realização **de exercícios de fortalecimento muscular** (apoiada numa cadeira em pé realizar adução e abdução da anca; em pé apoiada numa cadeira realizar extensão da anca).

[10 repetições se tolerar]



- Avaliar e treinar a **marcha com auxiliar de marcha**, bem como o **subir/descer escadas** (se existirem).

- Instruir e Treinar a realização de exercícios de alongamento.

Reforçar os benefícios que advêm da realização frequente dos exercícios instruídos na sessão. Entregar panfleto com informação da sessão, que servirá como auxiliar de memória e guia na realização dos exercícios de forma autónoma.

<p><u>2º contacto</u></p>	
<p>Avaliar progressão da pessoa nos parâmetros da sessão anterior, bem como reavaliar as escalas aplicadas;</p> <p>- Treinar a realização de exercícios de mobilização passiva e ativa assistida da anca; [Aumentar o nº de repetições, se tolerar]</p> <p>- Treinar a realização de exercícios isométricos para fortalecer extensores da anca (grande glúteo e isquiotibiais); [Aumentar o nº de repetições, se tolerar]</p> <p>- Treinar a realização de exercícios de fortalecimento muscular; [Aumentar o nº de repetições, se tolerar]</p> <p>- Treinar marcha e subir/descer escadas com auxiliar de marcha.</p> <p>- Treinar a realização de exercícios de alongamento.</p> <p>- Reforçar ensinios.</p>	

<u>3º contacto</u>	
<p>Avaliar progressão da pessoa nos parâmetros da sessão anterior, bem como reavaliar as escalas aplicadas;</p> <p>- Avaliar conhecimentos.</p> <p>- Informar sobre realização de AVD's e prevenção da luxação, bem como acerca da realização de forma autónoma e independente dos exercícios das sessões.</p>	

APÊNDICE B

Panfleto Informativo PTA

AGORA QUE REGRESSOU A CASA...

A colocação de uma Prótese Total da Anca não é algo incapacitante. Pode ter um dia-a-dia normal, tendo apenas alguns cuidados com a prótese.

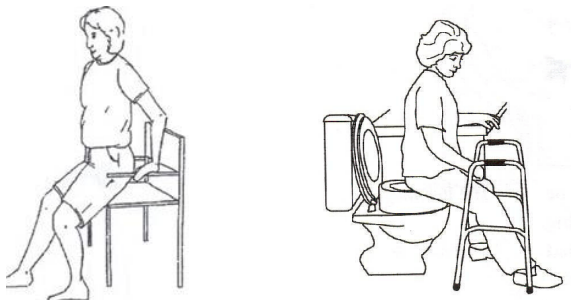
Este manual vai ajudá-lo/a na realização das atividades básicas do seu dia-a-dia.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Levantar/Sentar de cadeiras/sanita

Mantenha a perna operada esticada e apoie-se com as mãos para se sentar.

As cadeiras não devem ser muito baixas.



Entrar/Sair da cama

Não cruzar as pernas nem dobrar demasiado a anca. Manter as pernas afastadas.

Para entrar para a cama, sente-se primeiro na cama do lado da perna operada; suba primeiro a perna não operada sem se apoiar na perna operada e depois suba a outra perna.

Para sair da cama mantenha as pernas afastadas e saia para o lado não operado. Se tiver que sair para o lado operado, mantenha igualmente as pernas afastadas (pode colocar uma almofada) e rode as pernas para fora da cama.



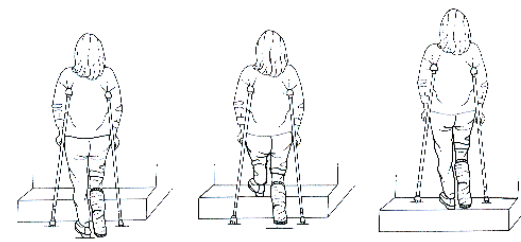
Banho

Banheira – poderá adaptar uma taboa para se sentar, ou um banco.

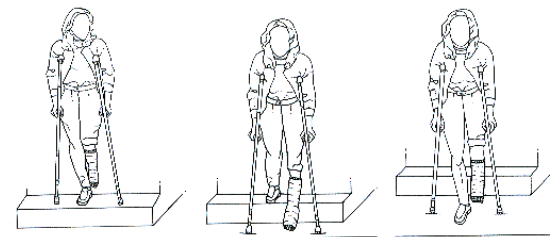
Chuveiro – pode adaptar um banco ou apoio. Se tomar banho de pé não se apoie na perna operada.

Subir/Descer escadas

Subir – Colocar a perna não operada na escada acima, depois as canadianas e por fim a perna operada.



Descer – Colocar as canadianas na escada abaixo, depois a perna operada e por fim a não operada.



Vestir/Despir calças, sapatos, cuecas,
meias.

Apoiar o joelho do lado operado numa cadeira, sem carregar e vestir a peça desse lado. Depois apoiar o joelho não operado na cadeira fazendo carga nesse mesmo joelho e vestir esse lado.

Ou utilize uma pega comprida.

Nunca se agache para vestir estas peças de roupa.



Andar

Primeiro avançam as canadianas/andarrilho, depois a perna operada e depois a não operada.

**EM CASO DE DÚVIDA
CONTACTE A ENFERMEIRA**



Tatiana Azevedo nº 1434
III Curso de Mestrado em Enfermagem
de Reabilitação

REGRESSO A CASA COM PRÓTESE TOTAL DA ANCA



***Atividades de Vida
Diárias***

APÊNDICE C

Questionário Sociodemográfico e Clínico

**“REABILITAÇÃO DA PESSOA COM PRÓTESE TOTAL DA ANCA, NO
DOMICÍLIO”**

QUESTIONÁRIO

1- Idade _____	1. <input type="text"/>
2- Sexo ____M ____F	2. <input type="text"/>
3- Peso _____ Altura _____ (IMC)	3. <input type="text"/>
4- Escolaridade _____	4. <input type="text"/>
5- Apoio Domicilio _____	5. <input type="text"/>
5.1- Prestador de Cuidados _____	5.1. <input type="text"/>
6- Nível de Dor (0-10) _____	6. <input type="text"/>
7- Era independente antes da cirurgia? _____	7. <input type="text"/>
8- Fez reabilitação no internamento? _____	8. <input type="text"/>
9- Outras patologias associadas _____	9. <input type="text"/>
10- Faz reabilitação/fisioterapia, após alta? _____	10. <input type="text"/>

APÊNDICE D

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro que adiro de livre e espontânea vontade como sujeito de estudo, depois de devidamente esclarecido sobre a natureza e objectivos _____ da investigação relativa ao estudo “Benefícios da Implementação de um Programa de Reabilitação, no domicílio, em pessoas com PTA”, integrado no III Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do IPVC.

No âmbito do estudo, fui informado que sou livre de não participar, que será salvaguardado o meu anonimato e a confidencialidade dos dados até ao momento da sua divulgação formal e que esta prova será destruída após a conclusão do estudo.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo, a investigação ou os métodos utilizados.

Viana do Castelo, Junho de 2014

A Investigadora

O Participante
